

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

Cultura, Sexualidad, y Promoción de Salud

**Diseño e Implementación de Estrategias de Promoción de Salud para la
Prevención del Embarazo en Adolescentes de 14 a 17 Años a partir del
Análisis de las Percepciones Culturales sobre la Anticoncepción.**

Parroquia Checa, Año 2009-2010.

Alejandra González

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de
Magíster en Salud Pública

Quito, Mayo 2011

**©Derechos de autor
Alejandra González
2011**

Agradecimientos

A Fernando

Por su apoyo en la asesoría para la realización de este trabajo, por las incalculables horas de largas conversaciones sobre los saberes culturales y las dinámicas comunitarias. Gracias por corregir y aclarar las dudas que en el proceso de investigación aparecieron y por la forma tan humana de ver la vida.

A César

Porque nos ha hecho sentir que la salud pública parte de contextos históricos, políticos, sociales, culturales de los cuales toma sentido. Por su apoyo e invaluable tiempo en la revisión de este trabajo y por la cálida relación mantenida en estos años.

A Benjamín

Porque a través de él se pudo sentir a la salud pública como parte de la vida, por el apoyo constante en el proceso de formación, siendo amigo, compañero y profesor; por seguirle apostando al sueño de una salud pública comprometida, que continúa en las siguientes generaciones.

A María Victoria

A través de quien la maestría en el aula y fuera de ella marcó el inicio de una linda amistad que ha perdurado con el tiempo. Gracias porque junto a ti las ideas y los sueños de la salud pública se concretizan a través de los afectos.

“La memoria del corazón, se llama agradecimiento”

Dedicatoria

A mi hermana Edith.

A través de la vida hemos descubierto la infinita posibilidad de construir y alcanzar los sueños... estaré ahí para ti...siempre...

A mi madre.

Porque su lucha y tenacidad ha sido el ejemplo vivo de que los sueños son posibles de alcanzar y son precisamente esos sueños los que han cambiado mi realidad a pesar de las adversidades.

A mis hermanos Geral, David e Ismael.

Gracias por su presencia en mi vida, por llenar de alegría mis días viéndoles crecer y convertirse en los jóvenes que son ahora, por permitirme ser parte de su vida y encantarme con su cariño día a día.

Resumen

Objetivo: estimar la eficacia de las estrategias de promoción de la salud para la prevención de embarazo adolescente a partir de las percepciones culturales sobre anticoncepción en la parroquia Checa.

Metodología: estudio analítico que está constituido por tres componentes consecutivos.

El primero consiste en la aplicación de una encuesta para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los y las adolescentes entre 14 y 17 años de la parroquia Checa. Este componente tiene por finalidad describir patrones culturales presentes en la mente y comportamiento de los y las jóvenes como reflejo de la influencia y valores recibidos en sus hogares, en el colegio y desde su relación con la colectividad: compañeros, iglesia, medios de comunicación, etc.

El segundo componente consiste en el diseño de estrategias de promoción de salud sexual y reproductiva que basadas en los patrones encontrados en el primer componente, propusieron un mayor o distinto conocimiento y fomentaron actitudes y prácticas saludables.

El tercer componente aplicado luego de un tiempo prudencial pudiera evaluar algún cambio en conocimientos, actitudes y prácticas reproductivas y sexuales entre los adolescentes evaluados.

Resultados: Para el primer momento “Medir la condición actual” con la aplicación de la encuesta a los adolescentes se logró establecer las percepciones culturales sobre anticoncepción, en 3 ámbitos: 1) refiere al **conocimiento sobre sexualidad**, en donde prevalece la comprensión de la sexualidad desde la concepción reproductiva, el uso de métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. 2) refiere a la

anticoncepción donde prevalece la percepción de interrupción del embarazo y prevención del embarazo con el uso de métodos anticonceptivos.

3) refiere a las **causas del embarazo** aquí prevalece como causa más frecuente problemas familiares, irresponsabilidad de los jóvenes, situada en el comportamiento sexual de la mujer.

Además se sitúa la forma en que las instituciones educativas abordan el tema de la sexualidad con los adolescentes, donde prevalece la comprensión bio-médica de la sexualidad, se aborda sobre la fisiología y anatomía del aparato reproductor, se habla de métodos anticonceptivos, carecen de material didáctico-audiovisual, no existen guías metodológicas, no hay capacitación para los docentes.

El Subcentro de Salud de la parroquia no trabaja en los colegios de la zona ni con los adolescentes.

El segundo momento “Generación de estrategias” tuvo como resultado 3 estrategias que permitieron crear espacios de encuentro para reflexionar y conocer una forma de comprensión de la sexualidad desde los contextos culturales para la promoción de salud. **Estrategia 1. Acuerdos interinstitucionales:** consensuar temáticas y contenidos para trabajar con los adolescentes y definir una metodología. **Estrategia 2. Talleres de sensibilización:** utilizando una metodología que permite la participación de los adolescentes. **Estrategia 3. Uso de los espacios públicos: Festival por la Vida,** espacio destinado para crear opinión pública y posicionamiento de la nueva forma de mirar la sexualidad en los adolescentes.

El tercer momento “Evaluación de los cambios obtenidos” con la re-aplicación de la encuesta muestra que los adolescentes incorporaron a su conocimiento otros aspectos que no estaban contemplados en la sexualidad. **1) conocimiento de la sexualidad:** a más de la reproducción la sexualidad se relaciona con las relaciones afectivas, enamoramiento, las relaciones de género. **2) anticoncepción:** es una forma de planificar responsablemente el embarazo y que permite vivir una sexualidad saludable, **3)** inicialmente se hablaba de causas del embarazo, con la aplicación de la estrategia de

promoción de salud, no se habla de causas, sino de cómo prevenir el embarazo, entre ellas se menciona: comportamiento responsable de la pareja, buscar la información pertinente y adecuada y se mira el Subcentro de Salud como el lugar donde se recibe información.

Para el caso de las instituciones educativas los adolescentes plantean trabajar el tema de sexualidad desde un cambio en el abordaje pedagógico y se innoven las metodologías.

Conclusiones: las estrategias de promoción de salud deben tener un enfoque cultural y bio-médico que permitan cambios cognitivos con respecto de las significaciones de la sexualidad.

El diseño y la aplicación de las estrategias de promoción de salud promueven la participación de los actores que están relacionados con los adolescentes para consensuar los temas y metodologías de la sexualidad para aplicarlos en los colegios y en la parroquia.

Los temas y metodologías aportan positivamente en el cambio de percepción de la sexualidad, la anticoncepción y el embarazo en adolescente para la vivencia de una sexualidad saludable.

Palabras Clave: percepciones, prácticas culturales, anticoncepción, relaciones sexuales, sexualidad, jóvenes.

Abstract

Objective: to estimate the efficacy of the health promotion strategies to prevent teenage pregnancies based upon the cultural perceptions about contraception at the village of Checa.

Methodology: it is analytical study which is constituted by three consecutive components.

First of all, it is the application of a survey to assess the knowledge, attitudes, and practices of the teenagers between 14 and 17 years old at the village of Checa. This component has the objective to describe cultural patterns in the youth's mind and behavior as a result of the influence and values received in their homes, schools, and their relationship with the community which includes classmates, church, and the media.

The second component consists in the design of sexual and reproductive health promotion strategies based upon the patterns found in the first component. They proposed a larger and different knowledge regarding to healthy attitudes and practices.

The third component was applied after a prudential time to assess if there were a significant change as to the sexual and reproductive knowledge, attitudes, and practices among the assessed teenagers.

Results: As for the first moment "to measure the current condition," with the survey applied to the teenagers, we were able to establish the cultural perceptions about contraception, in three aspects: 1) it refers to the **knowledge about sexuality**, where the understanding of sexuality from the reproductive conception prevails, the usage of contraceptive methods and the prevention of sexually transmitted diseases; 2) it refers to **contraception** where the perception of the interruption of the pregnancy prevails and the pregnancy prevention with the usage of contraceptive methods.

3) It refers to the **causes of pregnancy**: family problems and youth irresponsibility based upon the female's sexual behavior are the causes that prevail as the most frequent.

Other than that, there is the way in which educational institutions approach sexuality with teenagers, where is relevant the bio-medical understanding of sexuality. These institutions teach about the reproductive system's physiology and anatomy, contraceptive methods. They lack of didactics-audiovisual materials, they do not have methodological guidelines, and there is no training for teachers.

In the village's Health Sub-Center does not work either in zone's high schools or with teenagers.

At the second moment "Strategy's generation," it has as result 3 strategies which allowed creating encounter spaces to reflect and to know a way of understanding sexuality from the cultural context of health promotion. Strategy 1: Inter-institutional agreements: to reach consensus on themes and contents to work with teenagers, and defining a methodology. Strategy 2: workshops to sensitize population: using a methodology that allows the participation of teenagers. Strategy 3: The usage of public spaces: space destined to create public opinion and positioning the new way to look sexuality on teenagers.

At the third moment, "Obtained changes assessment" re-applying the survey, it shows that teenagers added to their knowledge other aspects that were not contemplated in sexuality. **1) Sexuality knowledge**: other than reproduction, sexuality it is related to affective relationships, love, and gender relations, **2) contraception**: is a way to plan pregnancy responsibly, and allows living a healthy sexuality, **3)** initially we talked about causes of pregnancy, applying health promotion strategies, now we talk about how to prevent pregnancy, among them we can mention: couple's responsible behavior, to search for pertinent and adequate information, and the Health Sub-center is the place where to look for such information.

For educational institutions, the teenagers propose working with the subject of sexuality changing the pedagogical approach, and redefining the methodologies.

Conclusions: the health promotion strategies must have a cultural and bio-medical focus that allows cognitive changes with respect to the meaning of sexuality.

The design and application of health promotion strategies promote the participation of actors that are related with teenagers to reach consensus on sexuality themes and methodologies to be applied in high schools and in the village.

The themes and methodologies positively contribute in the sexuality perception change, the contraception and pregnancy in teenagers, so they can live a healthy sexuality.

Keywords: perceptions, cultural practices, pregnancy, contraception, sexual intercourse, sexuality, teenagers, health promotion, public health.

Tabla de Contenido

- I. Introducción
- II. Marco Teórico
 - 2.1 Sexualidad
 - 2.1.1 La sexualidad como construcción social
 - 2.1.2 La iglesia y el discurso de la sexualidad
 - 2.1.3. Las relaciones de pareja: del vínculo familiar a la relación de pareja.
 - 2.1.4 La paternidad y la maternidad
 - 2.1.5 La anticoncepción
 - 2.2 Cultura y jóvenes
 - 2.2.1 La cultura
 - 2.2.2 El imaginario y la percepción.
 - 2.2.3 Joven como sujeto social
 - 2.2.4 Situación social de los adolescentes en el Ecuador
 - 2.2.5 Salud sexual y reproductiva de adolescentes en el Ecuador
 - 2.3 Promoción de salud
 - 2.3.1 Salud y enfermedad
 - 2.3.2 Prevención y promoción de salud
 - 2.3.3 Promoción de salud y sexualidad. La salud sexual y reproductiva.
- III. Justificación
- IV. Hipótesis
- V. Objetivo General y específicos
- VI. Sujetos y Métodos
- VII. Resultados
 - Momento 1.*
- VIII. Diseño de Estrategias de Promoción de Salud
 - Momento 2.*
 - 8.1 Estrategias para la prevención del embarazo en adolescentes

8.2 Objetivos generales y específicos de las estrategias

8.3 Estrategia 1. Acuerdos interinstitucionales

8.4 Estrategia 2. Talleres de sensibilización

8.4 Estrategia 3. Uso de los espacios públicos “Festival por la Vida”

8.5 Resultados

Momento 3.

IX. Discusión

X. Conclusiones

XI. Límites del estudio

XII. Recomendaciones

XIII. Referencias

XIV. Glosario

XV. Anexos

Lista de figuras

Tabla 1. Relaciones sexuales entre hombre y mujer

Gráfico 1. Cuando hablamos de sexualidad nos referimos a:

Tabla 2. Relaciones afectivas en la pareja

Tabla 3. Uso de condón

Gráfico 2. Para evitar embarazo es importante

Tabla 4. Responsabilidad de la mujer

Tabla 5. Responsabilidad del hombre

Gráfico 3. La responsabilidad del embarazo es

Tabla 6. Causas para que se produzca el embarazo en adolescentes

Gráfico 4. Causas para que se produzca el embarazo en adolescentes

Tabla 7. Conocimiento de métodos anticonceptivos

Tabla 8. Lugar donde se ha recibido información sobre el uso de anticonceptivos

Gráfico 5. Lugar donde se ha recibido información sobre el uso de anticonceptivos

Tabla 9. Cuando una persona utiliza anticonceptivos es porque:

Tabla 10. Temas que te gustaría que se aborde en el colegio sobre sexualidad

Tabla 11. Comparativo pregunta 1.

Gráfico 6. Comparativo pregunta 1.

Tabla 12. Comparativo pregunta 2.

Gráfico 7. Comparativo pregunta 2.

Tabla 13. Comparativo pregunta 3.

Gráfico 8. Comparativo pregunta 3.

Tabla 14. Comparativo pregunta 4.

Gráfico 9. Comparativo pregunta 4.

Tabla 15. Comparativo pregunta 5.

Gráfico 10. Comparativo pregunta 5.

Tabla 16. Comparativo pregunta 6.

Gráfico 11. Comparativo pregunta 5.

Tabla 17. Comparativo pregunta 7.

Gráfico 12. Comparativo pregunta 7.

Tabla 18. Comparativo pregunta 8.

Gráfico 13. Comparativo pregunta 8.

Tabla 19. Comparativo pregunta 9.

Gráfico 14. Comparativo pregunta 9

Tabla 20. Comparativo pregunta 10.

Gráfico 15. Comparativo pregunta 10.

Cultura, Sexualidad, y Promoción de Salud

Diseño e Implementación de Estrategias de Promoción de Salud para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de 14 a 17 Años a partir del Análisis de las Percepciones Culturales sobre la Anticoncepción en jóvenes de la Parroquia Checa, Año 2009-2010.

I. Introducción

El presente trabajo de investigación e intervención está interesado por comprender la construcción social de la sexualidad, es decir como un grupo de adolescentes construye los sentidos y significaciones alrededor de lo reproductivo. Este trabajo responde a la necesidad de conocer otros aspectos de la salud reproductiva desde un punto de vista intercultural.

Esta perspectiva se relaciona con la tendencia de las ciencias de la salud de iniciar un proceso de comprensión de las prácticas culturales de las poblaciones. Ello en la medida en que los esfuerzos por remediar, atenuar y erradicar el malestar y la enfermedad en las poblaciones, en muchos de los casos no surten efecto, en tanto los discursos y prácticas de salud entran en contradicción con los contextos culturales.

En la actualidad todas las ciencias, entre ellas las ciencias sociales y las de la salud se ven abocadas a mirar los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad de una forma interdisciplinaria y enfocadas a la comprensión de los contextos culturales, lugar donde se manifiestan el malestar y la enfermedad.

Para la presente investigación y propuesta de intervención en promoción de salud, se vuelve emergente analizar cómo se produce la construcción social de la sexualidad, donde la reproducción se ha transformado, pasando a ser tan solo un componente de la sexualidad pero no como fin en sí misma.

En este aspecto, la sexualidad adquiere significados o comprensiones diferentes en cada época histórica y régimen social, no es lo mismo

hablar de la sexualidad en la Edad Media, que hablar de la sexualidad en tiempos de la globalización, tecnología, información y comunicación.

Bajo este presupuesto el interés de esta investigación y de la intervención se centra en un ámbito particular de la sexualidad y de la salud reproductiva, y se enmarca alrededor de las expresiones de la sexualidad y anticoncepción de los y las jóvenes adolescentes.

De las expresiones de la sexualidad, nos interesan comprender las miradas que existen en la familia y en las instituciones sobre la anticoncepción y como éstas posiblemente entran en contradicción con las visiones de los y las jóvenes.

Supone que a partir de universalizar la educación sexual para que los sujetos adquieran una responsabilidad con respecto de la sexualidad y sus prácticas, disminuirían los casos de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos en adolescentes, sin embargo los embarazos en menores de 18 años se han incrementado en los últimos años, por ello se hace necesario mirar otros aspectos de la vida social y comprender qué otros elementos inciden en el *no* uso de métodos anticonceptivos y de ello se desprende que es posible que las percepciones culturales y sus contradicciones sean el escenario donde se encuentren otras explicaciones.

II. Marco Teórico

2.1 Sexualidad

La sexualidad se define como una forma de expresión integral de los seres humanos vinculada a los procesos biológicos, psicológicos, y sociales del sexo” (Mace et al., 1975, en Basso Cerruti, 1993). (1).

La OMS entiende por salud sexual a “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”, lo que supera los aspectos reproductivos y patológicos, enfatiza en aspectos afectivos, placenteros, relativos a la comunicación, que sin duda repercuten en el estilo y la calidad de vida de las personas. (Basso Cerruti, 1993)” (1).

Los criterios actuales, se sobreponen a las concepciones patriarcales que han desvirtuado la sexualidad humana, y más bien la colocan como parte de las nuevas tendencias de las ciencias de la salud acordes con los principios de la bioética. Por tanto, no se concibe el logro de la salud integral sin el desarrollo pleno y armónico de la sexualidad (Basso Cerruti, 1993)” (1).

Innumerables preguntas se ha planteado sobre la sexualidad; ligada su comprensión al desarrollo inherente de la sociedad humana por tanto de la misma cultura, ésta, históricamente se ha transformado, ya que su expresión, su vivencia, está ligada a la política, la economía, y forma parte constitutiva de las relaciones sociales, es en definitiva expresión misma de la cultura.

El tratamiento teórico de la sexualidad no pasa entonces, como se pretende hacerlo, únicamente desde su comprensión biológica, es decir considerarla en el ámbito en el que se lo trata a partir de su función reproductora, ni tampoco desde lo patológico como lo intenta abordar la psicología positivista, reduciendo su abordaje al ámbito de lo científico-

moral -bajo el concepto de búsqueda de la sexualidad sana y que, a decir de Foucault, es el surgimiento de una "scientia sexualis desarrollada a partir del siglo XIX" donde aparece un nuevo discurso sobre el sexo. (Foucault: 1999) (2).

Antes de instaurarse la "scientia sexualis" el tratamiento del sexo pasa por diferentes momentos históricos y su abordaje se extiende por el ámbito de la cultura, en la alta edad media se explicaba la sexualidad desde la narración del pecado, es decir, su explicación se la daba a partir de una explicación teológica, estas dieron posteriormente paso a una comprensión del sexo desde el discurso médico, impulsando lo que Michel Foucault denominaría la pedagogización del sexo (Foucault: 1999) (2).

Esta pedagogización del sexo se expresa en la actualidad en el discurso de la educación sexual, que aborda a la sexualidad en el ámbito biológico, donde se describe las funciones del aparato reproductor, informar sobre los métodos anticonceptivos, lo que desemboca en una regulación o reglamentación sobre las prácticas de la sexualidad, en particular sobre el sexo, que lo reduce al ámbito de la reproducción, dejando de lado las significaciones socio-antropológicas y psicosociales que construyen sentidos y mediaciones culturales alrededor de la sexualidad.

Ello significa que la comprensión del sexo se relaciona acorde al desarrollo de las sociedades y de su expresión cultural, lo que implica que su configuración obedece a como se han construido las relaciones sociales, las instituciones, los modos de producción y la ideología del sistema predominante, en cuyo caso incide en la construcción ontogenética del individuo en su realidad cercana, como expresión de su sexualidad, en consecuencia es producto de la historia de la civilización humana. (Marcuse: 1969) (3).

Ahora, todo discurso (entendido como el decir y el hacer) no solamente se manifiestan en los sujetos, si no en las instituciones en las que los sujetos socializan y donde se internalizan los imaginarios y representaciones que circulan en toda forma de organización social. Estas representaciones e imaginarios que se resignifican por la vivencia del sujeto son las que se constituyen como la forma en las que todo individuo percibe los hechos sociales y el mundo de las cosas, que en definitiva se manifiestan en las formas de actuar y conocer la vida social (Castoriadis: 1999) (4).

2.1.1 La sexualidad como construcción social.

Para analizar la sexualidad, se hace indispensable, entender cómo y en qué forma se ha construido su comprensión durante el proceso histórico.

Foucault denomina “la producción de verdad sobre el sexo” lo que implica decir, que partimos de una premisa básica: la sexualidad es la construcción de las relaciones de género, en un contexto histórico cultural determinado y donde el sexo es y forma parte de ella. (Foucault: 1999) (5).

En la Antigua Grecia, lo denominaron *aphrodisia* la relación entre el placer y la razón, los jóvenes eran objeto de contemplación, el uso del placer era la capacidad de establecer un uso adecuado de la *aphrodisia* a través del concepto de templanza (6) que ubicaba los riesgos del exceso o la carencia del sexo. (Foucault: 1976) (7).

En la Edad Media Clásica aparece la narrativa basada en la separación del cuerpo y del alma (o razón), en donde el cuerpo pasa a ser escenario del pecado. En particular, se sostenía que los cuerpos de jóvenes hombres y mujeres son los potenciales cuerpos pecadores, aparece entonces la mortificación y automortificación como proceso de limpieza moral del cuerpo para la salvación del alma.

Es el inicio de una construcción del discurso y pedagogización del sexo, que se consolidaría con el surgimiento de la *scientia sexualis*, posteriormente pasaría su uso al ámbito del discurso médico con un fin determinado, generar un control del cuerpo para la reproducción, y prevenir las patologías del sexo. (Foucault: 1976) (7).

En la sociedad post-industrial (inicio de la sociedad tecnológica) se evidencia una suerte de liberación del sexo, especialmente centrado en la figura femenina, a finales del siglo XIX aparece el discurso de la moda, las primeras revistas empiezan a circular y con el invento de la fotografía, lo bello pasa a ser exclusivo de las mujeres, se propone ya el derecho a no procrear y es el inicio de las sociedades planificadas (sociedades del bienestar), inicia la práctica del uso de métodos de anticoncepción.

América Latina se instaura en este modelo a partir de los años 70 y 80.

El hito de mayor importancia es 1968, con el Movimiento de Mayo; aquí se expresa la revolución sexual planteada a mediados del Siglo XX por W. Reich, el movimiento cultural hippie con su slogan “hagamos el amor y no la guerra” es un precedente para nuevas formas de expresión de la sexualidad, la industria cultural construye imaginarios sobre la sexualidad.

En esta transición ¿cómo viven los jóvenes la sexualidad?, Antony Guiddens plantea una tesis al respecto en su texto “La Transformación de la Intimidad”, propone que antes del año 68 se vivía un proceso manifiesto por el amor romántico fase marcada por el acercamiento, el enamoramiento, donde el objeto erótico se iba construyendo de tal manera que concluía con el acto sexual en el matrimonio, dando paso a una relación erótico-filial. (Guiddens 1999) (8).

Actualmente -sostiene Guiddens- el sexo, es el punto de partida para la construcción de la relación amorosa, es decir esa relación por la proliferación de las nuevas prácticas del cuerpo joven, plantean una

reconstitución en las relaciones tanto de pareja como de prácticas en los grupos juveniles; se instaura las relaciones de tiempos cortos y dependiendo de si la experiencia es satisfactoria se podría pensar en un vínculo de largo plazo. (Guiddens 1999) (8).

Al mismo tiempo que surgen estas expresiones, las instituciones sociales se encuentran avocadas a configurar sus discursos, es parte esencial del proceso pedagógico, de la llamada hoy Educación Sexual, se difunden los documentales, las formas de prevención y las nuevas enfermedades. La sexualidad se reduce al ámbito del acto sexual y los especialistas hablan de la responsabilidad.

2.1.2 La iglesia y el discurso de la sexualidad

En el marco de la construcción social de la sexualidad en la cultura occidental, el rol de la iglesia se constituye en una de las instituciones que mayor influencia ha generado en el campo de sus significaciones, “solo la moderna sociedad occidental ha desarrollado una ciencia de la sexualidad. Esto ha sido posible mediante la conjunción del principio de la confesión, con la acumulación del saber sobre el sexo” (GUIDDENS: 1999) (8)

Este saber que se fue incorporando, sitúa a la sexualidad de los niños, jóvenes y mujeres como los más susceptibles de “pecaminosidad”, por ser carentes de virtud, bajo el supuesto que el impulso sexual que ellos viven es consecuencia de la posesión del mal sobre el cuerpo.

En este marco el catolicismo cristiano reguló la sexualidad y el sexo en particular, cuya finalidad natural prescrito por la naturaleza -por lo tanto por la ley de Dios- dispone al acto sexual para la reproducción de la especie, y todo aquello que este fuera de esta ley será situado como desviación moral o perversión.

El mecanismo para la regulación de la sexualidad fue la confesión. “La confesión católica señala Foucault fue siempre un medio de regular la vida sexual de los creyentes” (GUIDDENS: 1999) (8).

Esta regulación dispuso una nueva mirada sobre el cuerpo y su uso, se coloca entonces al cuerpo virtuoso como aquel que se abstiene de los placeres de la carne. La “carne” que heredamos según la doctrina cristiana, que incluye cuerpo y espíritu conjuntamente, fue el origen próximo de la preocupación sexual moderna: el deseo sexual. (GUIDDENS: 1999) (8).

Por tal razón surge la pedagogía del sexo, procedimiento que implica una suerte de pastoral para generar e inducir la autorregulación del cuerpo, a pesar de ello y sin embargo, la sexualidad adquiere una legalidad como dice Foucault “en la alcoba de los padres donde es encerrada” (FOUCAULT: 1975) (7)

Todo aquello que esta fuera de esta legalidad se la ubicara en el plano de las desviaciones morales y situadas en la periferia para su control y comprensión.

Pero es en los niños, jóvenes y mujeres, en donde se deposita la observancia, y donde el sexo será la causa en la que se explicara aquellos comportamientos y enfermedades que no podían ser explicadas por el saber de la época. La delincuencia y la locura por citar algunas fueron explicadas por que los jóvenes hicieron mal uso del sexo y de la masturbación en particular.

En esta observancia el sexo y la sexualidad tienen que ser habladas o pronunciadas, para ser silenciadas con normativas sobre el uso del cuerpo, de las relaciones y de los espacios.

2.1.3 Las relaciones de pareja: del vínculo familiar a la relación de pareja.

La característica de las sociedades de constituir grandes familias dejan paso a la tendencia de limitar el tamaño de la familia, de esta manera la contracepción evidencia una funcionalización de la mujer, es decir que la mujer era vista desde el plano de la reproducción, por otro lado en el ámbito productivo marca la división del sexo entre placer y reproducción; de esta manera la contracepción implica más que disminuir la capacidad de embarazos y limitar el tamaño de la familia, significa una transición del proceso de la sexualidad de la mujer, en tanto permite de alguna manera el control de la natalidad (Torres: 2005) (9).

En el marco de la sociedad industrial se evidencia una creciente expansión demográfica que exigía que las condiciones sociales debieran cambiar para favorecer la estabilidad de las familias, bajo el discurso de la sociedad del bienestar que se consolida en el siglo XX.

La familia se constituye en el primer referente de identificación de las personas en el contexto social, de hecho, la familia provee elementos de cuidado y crianza de los hijos.

En la familia es en donde aparece la primera fase de socialización que las personas adquieren y que muchos autores denominan como socialización o relaciones primarias por medio de las cuales los jóvenes atraviesan en la etapa de la niñez y que implica desde esta perspectiva dos características importantes; por un lado está la carga afectiva y por otro está la identificación con el mundo de los adultos. Los procesos vinculares al interior de las familias responden a condiciones sociales, culturales y económicas que a través del tiempo se han reconfigurado y han ido adquiriendo nuevas expresiones al interior de la sociedad (Torres: 2010) (10).

De la familia y de los procesos que se vivencian al interior de ella surgen las relaciones hacia fuera, se produce un alejamiento de los vínculos primarios para pasar a las relaciones con las demás instituciones (escuela, comunidad) donde se generan procesos de socialización que implican la relación filial pero que también, van configurando las condiciones de socialización para constituir relaciones amorosas en el caso de los jóvenes.

La relación de pareja se asienta como un nuevo vínculo en donde las personas viven la afectividad y en donde la sexualidad cumple un papel preponderante, pues a través de ella es en donde se construyen también afectividades, dando lugar a un proceso autónomo de elección de la pareja fuera del vínculo y control familiar.

2. 1.4 La paternidad y la maternidad

La paternidad y maternidad son construcciones socio-históricas marcadas por las formas de organización de la sociedad en función del régimen social, y estas construcciones obedecen o se ajustan a los requerimientos de las formas de economía, religiosidad, relaciones sociales, entre otras.

La paternidad que se construye a partir del siglo XIX y que se encuentra en vigencia, pone al padre en el lugar de proveedor, es el que administra la vida social de la familia en el ámbito público y aquel que exige el cumplimiento del rol de la madre con respecto de la crianza de los hijos, se desentiende de los afectos y concentra su actividad de padre en la producción de bienes. Representa a la familia en el ámbito de lo público, y la familia gira en función del honor del padre (Horkeimer: 1999) (11).

La maternidad en este escenario, vivencia el rol de la crianza y el manejo de la afectividad, el encargo social está relacionado con el control de las relaciones hacia afuera, y se constituye en la facultad de

transferir las normativas que direccionan el comportamiento de los hijos e hijas en el ámbito de lo privado y de lo público (Bordeau: 1996) (12).

En la actualidad se han ido transformando estas responsabilidades sociales, producto de la feminización de la economía, el índice cada vez mayor de desempleo en hombres, migración, y la brecha cada vez menos distante en términos inter-generacionales.

Ello ha obligado a que la paternidad se viva de formas diferentes, mayor participación de los hombres en las tareas domésticas y de crianza de los hijos, experiencias de la paternidad en el ámbito de la afectividad cada vez más frecuente, entre otras.

Sin embargo las sociedades, a pesar de exigir retardar la paternidad y maternidad, la creciente experiencia de los jóvenes adolescentes en el ingreso a estas vivencias, pone de manifiesto una preocupación de las mismas sociedades para prevenir los embarazos, que exigen a los jóvenes ingresar más rápidamente al aparato productivo en condiciones precarias, experimentar situaciones de riesgo con respecto de la salud de los jóvenes producto de las situaciones de aborto, constituyéndose de esa manera en una situación emergente que intenta ser resuelta por el Estado y la organización social.

2.1.5 La anticoncepción

La anticoncepción a través de la historia ha pasado por etapas de cambios, del concepto inicial de espaciar la reproducción hasta los más sofisticados métodos para evitar los nacimientos. (OMS: 1999) (13).

De hecho, el apareamiento de la anticoncepción se da paralelo (como efecto) de las altas tasas de morbilidad y mortalidad en las sociedades, por otro lado responde al control de la expansión demográfica en el que se encontraban las poblaciones.

La situación cambió en el último siglo, cuando la reducción en la tasa de mortalidad condujo a presiones demográficas tanto para familias, como para ciudades, países y el mundo en general. (OMS: 1999) (13).

Mientras la tasa de crecimiento poblacional alcanzaba su cumbre, surgieron en muchos países formas accesibles y culturalmente aceptadas de regulación de la fertilidad.

El papel de la mujer es un factor importante en el análisis de la anticoncepción pues el tema de la natalidad históricamente ligada a la reproducción, le otorgaba a la condición femenina el rol de reproducción. (OMS: 1999) (13).

“El uso de métodos anticonceptivos para regular la especie humana, ha sido una constante a lo largo de nuestra historia. Pero es a partir del Siglo XX cuando esta alcanza una mayor difusión gracias a los avances científicos decisivos en la materia. Contribuye entonces a cambiar el rol tradicional de la mujer. La creación de un método eficaz para llevar a cabo una maternidad planificada, fue fundamental para que las mujeres pudieran entrar al mundo laboral moderno.

En la década de 1960, la anticoncepción fue considerada, por una parte de la sociedad, como un elemento que atentaba contra la esencia de la mujer y de la pareja. Otros la vieron como la solución a muchos problemas – las altas tasas de aborto y pobreza- a la vez que permitía la planificación de la familia. El debate, por tanto, resulta de gran importancia en cuanto refleja las problemáticas, los miedos y las esperanzas de toda la sociedad” (14).

La referencia para la convivencia social instaura un nuevo modelo de sociedad que instituye la ruptura con la sociedad tradicional y la construcción de nuevas concepciones alrededor de la anticoncepción y el rol de la mujer en los espacios públicos.

Los cambios que han surgido en el tema de la sexualidad y la reproducción hacen pensar que existen para su análisis contextos culturales que son posibles de ser interpretados.

Otro factor preponderante es el relativo a las condiciones de pobreza de las sociedades, y con ella los efectos en el acceso a servicios de educación y salud por sobretodo en las áreas rurales.

“La ampliación de los servicios de planificación familiar por parte de las instituciones públicas de salud se basó en una oferta gratuita de los anticonceptivos, en la expansión de la infraestructura de los servicios públicos de salud, en especial para la población rural y en la integración de los servicios de planificación familiar a los servicios de atención médica, en especial a los servicios de atención primaria de salud, los resultados mostrados indican que si bien todos estos parecen ser elementos que favorecen una mayor satisfacción de la demanda por anticonceptivos, no son suficientes para que la población (...) haga mayor uso de los servicios”(15).

2.2 Cultura y jóvenes

2.2.1 La cultura

La cultura puede ser vista como un conjunto de rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos, que caracterizan a una sociedad o grupo social en un periodo determinado, y que engloba además modos de vida, ceremonias, arte, invenciones, tecnología, sistemas de valores, derechos fundamentales del ser humano, tradiciones y creencias y que a través de la cultura se expresa el hombre, toma conciencia de sí mismo, cuestiona sus realizaciones, busca nuevos significados y crea obras que le trascienden (Microsoft ® Encarta ® 2006) (16).

Roland Barthes, científico social francés, ofrece una definición de cultura, que plantea para el tiempo actual una pertinencia teórica. “Cultura es todo lo que significa”. Esto incluye las palabras, los gestos, los modos de vida, la forma en que se establecen las relaciones sociales de los grupos humanos, sus fiestas, sus tradiciones, sus formas de hablar, sus comidas, lo que producen, lo que piensan, cómo ven el mundo, y también su música, sus bailes, su pintura, su artesanía.

“Cada cultura se la comprende como un todo que contiene saberes (contenidos y estructuras de pensamiento o visiones del mundo), símbolos, expresiones, prácticas sociales, vivencias, sueños, fantasías, relaciones, ritos, capacidad de organización” (Moncada: 2003) (17).

La cultura es un universo en permanente construcción. Un universo de símbolos, de significados, de códigos. Es un universo que se construye en la interacción cotidiana entre los miembros de una comunidad y entre la comunidad y su ambiente.

2.2.2 El imaginario y la percepción.

Se vive, se comprende y siente los hechos que ocurren en la vida cotidiana a través de lo que Jesús Martín Barbero (18) denominaría la mediación cultural. Es decir, cada grupo humano o cada persona interpreta la realidad desde su campo de experiencia. “Vía memoria, experiencia personal, recriminaciones, indicaciones, gestos, se van acumulando una serie de percepciones que conforman la manera de enfrentarse a los demás e incluso a uno mismo. (...) Nadie abandona de un día para el otro el modo en que aprendió a percibir la realidad, a significar y, por lo tanto, a apropiarse de su contexto.” (Prieto: 1999) (19):

Y pone en evidencia que se deben tomar en cuenta las percepciones que la comunidad y las personas tienen sobre la realidad.

Las percepciones, pasan de generación en generación como formas de conocimiento, es la memoria histórica, son los guiones de memoria transmitidos a partir del lenguaje (la palabra).

La percepción es la forma en que se interpreta la realidad desde el campo de experiencia y mediación cultural. Ésta no se evidencia si no en el proceso de socialización, y esta se produce como proceso de interacción, así toda percepción incorpora los elementos que nos permitirán imaginar una perspectiva de la vida cotidiana, que se construye en el lugar antropológico que está cargado de historia y afectividades.

Por percepción se comprenderá toda construcción de significaciones socio-históricas de las prácticas sociales que originan modelos de comportamiento que organizan toda forma de estructura social, e inducen a la permanencia de estas estructuras o que propician su transformación. Toda percepción surge como construcción social y emergen de las situaciones sociales propias de cada contexto social.

2.2.3 Joven como sujeto social

Para hablar de jóvenes es necesario situarse en el plano de la complejidad social en tanto, ya no se puede explicar su presencia social a partir del discurso o la narrativa evolutiva, en tanto no es solamente una etapa por la que los sujetos necesariamente en términos biológicos debe pasar, si no considerar, que como sujetos obedecen a construcciones sociales y cuyo imaginario, proyectaría, por decirlo así, una visión de jóvenes en cada época histórica.

“Las primeras formas nucleares de familia, la escuela y las otras instituciones que surgen en este proceso, observan al joven desde la perspectiva de ser un sujeto inacabado, que logrará en su proceso de socialidad la madurez y el conocimiento, y llegar a ser un buen ciudadano e incluía una mirada de futuro bajo una paradoja moral, “cuidar y corregir al joven, para no castigar al adulto” (Torres: 2005) (20).

A finales del siglo XIX los jóvenes son presupuestados en la perspectiva de futuro, y aparece la moratoria social, como un espacio social asignado a los jóvenes para adquirir los conocimientos y las destrezas, que los incorpore al aparato productivo que surge con la segunda revolución industrial, este hecho marca la necesidad científica de conocer al joven, legado que decantara en la pedagogía y la psicología evolutiva.

Las sociedades apuestan entonces a otra perspectiva de joven, en la misma figura de futuro, el joven adquiere la importancia como ser educable, esto de alguna forma permitiría la diversificación de las fuerzas productivas más tecnificadas, lo que induce a reformular el papel que juega la familia con respecto de la crianza de los jóvenes, sin dejar de lado el esquema del siglo XIX con respecto de las desviaciones sociales.

En la década de los 90s posterior a la caída del muro de Berlín, surge el concepto jurídico del joven como sujeto de derechos, como mecanismo para atenuar la violencia y el abandono del Estado con respecto del crecimiento de los jóvenes en desventaja social, que mayoritariamente se encuentran en los países periféricos, donde se evidencia con mayor profundidad la polarización social, la violencia de estado, el desempleo entre otros.

En este sentido la preocupación por los jóvenes en América Latina aparece bajo la perspectiva de intervención de los sujetos en riesgo por lo tanto vulnerables a las "patologías" del sistema social como son la drogadicción, el alcoholismo y la delincuencia, ligados con frecuencia a escenarios de violencia

Aunque este modelo de intervención aún se mantiene en vigencia en estos últimos diez años se va construyendo un nuevo paradigma en torno a la comprensión de lo joven, juvenil y juventud, este mirar renovado permite visualizar a los jóvenes mas allá de la perspectiva de la psicología evolutiva, y poner en consideración que los jóvenes son productores de cultura, por lo tanto proponen nuevas territorialidades, nuevos ritos, producen objetos simbólicos, transforman los símbolos de la industria cultural, sumergidos en mucho mas contradicciones de las que se afirmaban desde la visión institucional adultocéntrica. (Torres: 2005) (20).

En este nuevo escenario es importante pensar a los jóvenes desde la cultura, la política, las nuevas tecnologías, incluso desde el consumo.

Con los aportes de la sociología, la psicología social y antropología latinoamericana y de los movimientos sociológicos contemporáneos hacen pensar que el abordaje de la problemática de los jóvenes debe ser afrontada desde la construcción de culturas juveniles, en tanto construyen y deconstruyen ritos, símbolos (habitus) que generan nuevas prácticas urbano rurales y que plantean formas de producción

cultural diversas y distintas a las que socialmente son aceptadas. (Torres: 2005) (20).

2.2.4 Situación social de los y las adolescentes en el Ecuador

Según proyecciones de población, los y las adolescentes representan el 35% la población ecuatoriana (niños, niñas y adolescentes) lo que implica decir que constituyen cerca de 5 millones de habitantes (ODNA: 2010) (21).

Seis de cada diez niños y adolescentes vivía en la pobreza para fines del año 2000, el 29% de adolescentes y jóvenes vivía en hogares cuyos ingresos eran menores a la línea o umbral de la pobreza, cabe señalar que su incidencia en relación entre el campo y la ciudad es proporcional (urbana 31.6% y rural 32.1%), esto hace suponer que con el incremento de niños, niñas y adolescentes para el tiempo actual, existe una población en situación de riesgo sumamente alta, debido a los cambios políticos, sociales, culturales y económicos de los últimos años. (ODNA: 2010) (21).

Del total de la población de mujeres en el Ecuador, las adolescentes entre 10 y 19 años corresponden al 20,9% del total de mujeres en el país. (INEC: 2001) (22).

2.2.5 Salud sexual y reproductiva de adolescentes en el Ecuador

La edad a la primera relación sexual en adolescentes mujeres entre 12 y 17 años en el Ecuador, es de 27%. (Ver: Anexo 1. Edad a la primera relación sexual en adolescentes en el Ecuador) (SEVIP-SIISE: 1998).

De estos datos se desprenden, por ciudades, que en Quito, la edad a la primera relación sexual de entre 12 y 17 años corresponde al 31% (SEVIP-SIISE: 1998). (Ver: Anexo 2. Edad a la primera relación sexual en adolescentes por ciudades).

Con respecto al embarazo en adolescentes de 15 a 19 años según datos en el período: 2005-2006 corresponden al 2,4% del total de adolescentes en el Ecuador (Ver: Anexo 3. Embarazo en adolescentes en el Ecuador) (INEC: 2006) (23).

La situación de las adolescentes embarazadas ubicadas en condiciones de desventaja social y económica, refieren a aquellas que están en el quintil más pobre, que para el caso del Ecuador corresponde el 28%; sin embargo el quintil más rico no está exento de este problema de salud pública y que corresponde al 11% (Plan Nacional del Embarazo en Adolescentes en Ecuador: 2007) (24).

El embarazo en adolescentes está relacionado con el contexto cultural educativo, para el caso de Ecuador, el 47% de las adolescentes que son madres y que están embarazadas no tiene instrucción escolar, seguidas de aquellas que tienen educación primaria con el 34% y con educación secundaria el 11%. (Plan Nacional del Embarazo en Adolescentes en Ecuador: 2007) (24).

En cuanto al conocimiento de métodos anticonceptivos en la provincia Pichincha el 99% de las mujeres entre 15 a 49 años de edad, posee este conocimiento, sin embargo solamente el 76% de este grupo de mujeres hace uso de métodos anticonceptivos. (CEPAR-ENDEMAIN: 2004) (25).

Para el caso del Distrito Metropolitano de Quito, 78 de cada 100 mujeres en el año 2004 usan anticonceptivos y relacionado con el nivel de instrucción, se observa que las mujeres con instrucción primaria o ninguna forma de instrucción, que corresponden al 71% conocen y usan métodos anticonceptivos, seguido de mujeres con instrucción secundaria con el 81,1% y mujeres con educación superior el 79,2% (Ver: Anexo 4. Porcentaje de uso de anticonceptivos según nivel de instrucción y edad). (ENDEMAIN: 2004) (26).

Si bien estas son las circunstancias a nivel del país y del Distrito Metropolitano de Quito; en Checa según las autoridades de la parroquia,

se presume que en los años 2008-2009, se ha producido un crecimiento en el embarazo de adolescentes de 14 a 17 años, “solamente en los 6 últimos meses en el subcentro de salud se ha atendido a 30 embarazadas que asisten a un programa de psico-profilaxis del parto”, (Obstetra Centro de Salud: 2009) (27); se refiere además, que otros casos de embarazo de la población de adolescentes de la parroquia han sido atendidos en el hospital de Yaruquí). (Centro de Salud Checa: 2009) (28).

A nivel educativo en la parroquia, se han realizado programas de prevención relacionados con educación sexual, sin embargo, también se conoce que el uso de métodos anticonceptivos es iniciado luego del primer embarazo en el mejor de los casos. (Centro de Salud Checa: 2009) (28).

En este marco habría que preguntarse porque la falta de efectividad en torno al uso de anticonceptivos; significa que los procesos generados a través de la educación sexual para la incorporación de esta información en la vida cotidiana de los y las jóvenes, es posible que entren en contradicción por los valores culturales; y quizás sea esta una de las causas para el incremento de los embarazos en estas edades que irremediamente están vinculadas a la iniciación de la vida sexual.

2.3 PROMOCIÓN DE SALUD

2.3.1 Salud y enfermedad

La OMS define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades. La enfermedad en cambio es la alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar. (OMS: 2009) (29).

Existen varios enfoques desde donde se analiza la relación salud-enfermedad, los mismos que responden a contextos culturales de los cuales provengan, para el caso del mundo andino no existe la palabra enfermedad como tal, sino un estado de alteración que rompe con la armonía entre el ser humano y la naturaleza; para la cultura mestiza, en cambio, la salud es lo opuesto a la enfermedad.

Las concepciones tradicionales de salud y enfermedad han tenido que abrir espacio para la confrontación con desarrollos conceptuales y metodológicos más integrales, con mayor capacidad de aprehender la complejidad real de los procesos determinantes, de superar la visión simple y unilateral, de describir y explicar las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad con la salud de los individuos y grupos sociales. (Castellanos: 1995) (30).

De hecho, las concepciones de salud y enfermedad se universalizan en función de la forma en cómo las poblaciones en cada contexto histórico cultural vivencia estos procesos y de los conocimientos que en estos se producen.

La descripción y explicación de la situación de salud-enfermedad no es independiente de quién y desde cuál posición describe y explica (...). De esta manera toda descripción y explicación es la de un actor en una determinada situación. Esto constituye un aspecto central para

comprender por qué determinadas concepciones predominan y como se modifican. (Castellanos: 1995) (30).

Para el presente trabajo los conceptos de salud y enfermedad se relacionan en la medida que el embarazo en adolescentes no puede ser considerado como enfermedad; pero si puede ser ubicado como una situación de riesgo que puede afectar el bienestar físico, mental y social de las y los adolescentes, es decir que afecta negativamente el estado de bienestar.

2. 3.2 Prevención y promoción de salud

La prevención devendría de previsión, como la acción de no permitir que ocurra algo; o a la acción de disponer lo conveniente para atender a contingencias o necesidades previsibles. Prevenir en el campo de la salud entonces sería una acción que no permita la enfermedad, es una acción contingente para evitar las condiciones en las que surge la enfermedad. (Torres: 2010) (31).

La prevención implica medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (OMS: 1998) (32).

“La prevención de la enfermedad es la acción que normalmente se emana de los servicios de salud y que considera a los individuos y a las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificables, que suelen ser con frecuencia asociados a diferentes conductas de riesgo de los individuos.” (Castellanos: 1995) (30).

“La prevención de la enfermedad es un estrategia de la Atención Primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e

interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del Sistema Nacional de Salud” (CCSS: 2004) (33).

Bajo este concepto la prevención es fortalecida por la promoción de salud.

La promoción de la salud se define como el proceso mediante el cual, los individuos y las comunidades, ejercen un mayor control sobre los determinantes de su salud para mejorar su calidad de vida.

La promoción de salud es el conocimiento y la participación poblacional en el mantenimiento de la salud individual y colectiva, quiere decir que debe ubicarse en el área de gestión. (Hermida: 2005) (34).

Significa que los sujetos actúan o inciden en los factores y conductas de riesgo desde sus contextos y prácticas culturales.

“La promoción no pertenece al área curativa de la enfermedad en manos de la clínica, ni al área preventiva de la misma, sino a un área proactiva que más bien se hallaría en el campo de la gestión de la salud”. (Hermida: 2005) (34).

La prevención de la enfermedad y la promoción de salud son estrategias de la Atención Primaria (35), que son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo, su objetivo es disminuir la incidencia de las enfermedades.

La prevención se define según la OMS como una actividad distinta de la promoción de la salud y su principal diferencia radica en su enfoque: *la promoción trabaja con población sana, la prevención con población enferma o en riesgo de enfermar.* (OMS: 1998) (36).

Según este razonamiento, el embarazo en adolescentes no puede ser visto como enfermedad, y es por eso que en la presente investigación se propone trabajar bajo el enfoque de promoción de la salud, con población sana pero que está en situación de riesgo.

Desde la perspectiva institucional, la Promoción de la Salud emerge, en el 1986, como movimiento y estrategia global en el marco de la Primera Conferencia Internacional de la Promoción de Salud efectuada en Ottawa, Canadá (Arroyo: 2004) (37).

La Carta de Ottawa (38) dice que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (OMS: 2009) (36).

Además dice que una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

La promoción de salud identifica ciertas características:

- Proceso que da a la población los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud.
- Enfoque poblacional
- Esfuerzos realizados para mantener y mejorar la salud de individuos, familias y comunidades.
- Requiere de buenas estructuras sociales de base
- Gran potencial de mejorar indicadores de salud
- Más efectivo entre más temprano se inicie
- Medidas destinadas a modificar actitudes, conductas y comportamientos.

2. 3.3 Promoción de salud y sexualidad. La salud sexual y reproductiva.

Quizá una de las preocupaciones que actualmente tienen los Estados a través de sus sistemas de salud es la salud sexual y reproductiva, en especial en los países donde se vincula situaciones de riesgo con respecto de la relación sexualidad-enfermedad-mortalidad.

Este proceso también responde a los contextos históricos que han exigido un cambio importante en los paradigmas o modelos de comprensión de esta relación.

Un cambio fundamental en el nuevo concepto de salud– enfermedad desde una perspectiva de género y derechos ciudadanos lo ha constituido “el concepto de Salud Sexual y Reproductiva, que se inició a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, esto propició que las personas, y en especial las mujeres, se construyan en tanto sujetos de derecho en el campo de la sexualidad y la reproducción, lo que implica el acceso a poder y recursos para tomar decisiones sobre

sus vidas y sus cuerpos de manera autodeterminada, sustentadas por el principio ético de la autonomía” (UNPOPIN 1994) (39).

En este marco La Organización mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura. (OMS: 2009) (40).

Bajo esta mirada, la atención en salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva. También incluye la atención en salud sexual, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, y no sólo ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual.

Para apoyar este objetivo, el programa de salud reproductiva de la OMS ha propuesto cuatro metas que sus programas deben cumplir: (OMS:2009) (40).

- Experimentar un desarrollo y maduración sexual saludables y ser capaz de establecer relaciones equitativas, responsables y sexualmente satisfactorias;
- Alcanzar el número deseado de hijos de manera segura y saludable; y poder decidir respecto de cuándo tenerlos;

- Evitar las enfermedades y discapacidades relacionadas con la sexualidad y la reproducción, y recibir la atención adecuada cuando sea necesario.
- Estar libre de violencia u otras prácticas nocivas relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

Esta iniciativa se ajusta a las realidades juveniles, en tanto su proceso sociocultural exige, aprendizajes y desarrollo de herramientas que le permitan adaptarse a las situaciones sociales-biológicas y culturales para alcanzar una vida plena. (OMS: 2009) (40)

De hecho, los problemas que la juventud enfrenta hoy en día en relación con su salud sexual y reproductiva son variados y complejos.

Estos se conocen y están documentados, e incluyen conductas sexuales de riesgo, embarazos no deseados y la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el VIH. Además, los jóvenes deben lidiar con barreras culturales que son resultado de políticas y leyes discriminatorias y opresivas que limitan, por ejemplo, las opciones reproductivas de las mujeres, y también deben encarar la falta de infraestructura física, que les ofrezca espacios seguros y saludables para su desarrollo. (Shutt Aine- Maddaleno: 2004) (41).

Sin embargo, en muchos programas de adolescentes no se han incluido aún estos conceptos amplios sobre salud sexual y desarrollo, y se sabe poco sobre la sexualidad sana de los jóvenes dentro de su ambiente cultural. Es necesario aprender más sobre los valores, identidad y actitudes de ambos sexos. Los indicadores de salud sexual y reproductiva de los adolescentes se centran sobre todo en las consecuencias de la salud reproductiva, dejándose fuera los indicadores sobre salud sexual y desarrollo, como por ejemplo el conocimiento y aprecio del propio cuerpo, el desarrollo de relaciones relevantes y la capacidad de negociación. (Shutt Aine- Maddaleno: 2004) (41).

Durante los últimos años, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha dado pasos importantes para la inclusión de la salud sexual y reproductiva en los programas nacionales de salud adolescente de la Región, proponiendo un nuevo marco conceptual que aborda la sexualidad de los jóvenes desde una perspectiva de desarrollo humano, integrando la salud sexual dentro de un marco más amplio de salud y desarrollo. (OMS: 2009) (40).

Este enfoque reconoce que la salud sexual es un objetivo del desarrollo humano y que su condición está relacionada a factores culturales, familiares y al ambiente social, político y económico en el que viven los adolescentes. (OMS: 2009) (40).

El enfoque defiende un desarrollo positivo y reconoce a la juventud como una oportunidad para la Región, y ha sido diseñado para llegar a diferentes niveles de influencia -como los encargados de formular políticas y los planificadores de programas a escala nacional- con el fin de alentarlos para que integren en sus programas de salud, las políticas y los servicios de prevención y protección para la salud de los y las adolescentes, es decir un programa o proceso de salud sexual y reproductiva dirigida hacia los jóvenes debería recoger los postulados de la carta de Ottawa que define cinco áreas de acción de la Promoción de la salud (OMS:2009) (40).

1. La elaboración de una política pública sana,
2. La creación de ambientes favorables,
3. El reforzamiento de la acción comunitaria,
4. El desarrollo de las aptitudes personales, y
5. La reorientación de los servicios sanitarios

La Organización Panamericana de la Salud, OPS, “propone un nuevo marco conceptual para la salud sexual que incluye un enfoque centrado en el desarrollo humano dentro del contexto de la familia, la cultura y el medioambiente” (Shutt-Aine, J. Maddaleno, M, 2003) (41).

Dicho enfoque propone a la salud sexual como un componente de la salud en general; luego vendrán los factores individuales: desarrollo biológico, psicosocial y cognitivo y que comprenden concepciones como son: desarrollo moral, ético y espiritual, amor propio y bienestar emotivo e identidad sexual. Un siguiente nivel serán las influencias socio medioambientales que abarcan a los factores como son: familia, pares, medios de comunicación, situación y equidad socioeconómica, derechos, entorno y empoderamiento político, sociedad y cultura – valores, roles de género – educación – escuela . Todos estos factores son interdependientes e influyen en el desarrollo sexual (Shutt-Aine, J. Maddaleno, M, 2003). (41).

III. Justificación

El inicio de la vida sexual en los y las jóvenes, las prácticas de noviazgo y la ausencia de uso de anticonceptivos, entre otros factores, podrían explicar los embarazos en jóvenes adolescentes.

El embarazo adolescente es visto desde las instituciones de salud como un problema de salud pública, ya que se relaciona a situaciones de riesgo como: prácticas de aborto no asistido, riesgos de desnutrición en el recién nacido debido a la falta de asistencia y control del embarazo, mortalidad infantil y materna, víctimas de violencia física y simbólica que las adolescentes viven con la pareja, la familia y las instituciones educativas, vergüenza social y en consecuencia vivir la exclusión económica, laboral, familiar y educativa.

Sin embargo, estas vivencias que nos relatan una serie de situaciones que decantan en formas de malestar psico-social, devienen necesariamente de determinadas prácticas sociales que son consecuencia de la construcción de imaginarios y representaciones en torno al tema de la sexualidad.

Se hace necesario entonces mirar de qué manera se incorporan los imaginarios de la sexualidad en los contextos culturales de los y las jóvenes y cómo estas percepciones se manifiestan en sus prácticas cotidianas, considerando que las prácticas culturales se construyen a partir de incorporar y resignificar las formas culturales en las que los sujetos interaccionan.

Muy poca ha sido la preocupación de las instituciones para comprender cómo los sujetos significan o dotan de sentido a las prácticas sociales, comúnmente el enfoque biomédico tan solo se centra en el embarazo temprano y sus consecuencias biológicas sobre la madre y el feto, dejando sin atención al contexto cultural o social desde el cual se origina y sus consecuencias sociales y culturales.

Desde la perspectiva moderna de la promoción de la salud, si no se comprenden o resuelven las contradicciones culturales se pone en riesgo la construcción de una sociedad saludable, por tal razón este estudio aporta al análisis de las percepciones culturales, proponiendo estrategias más adecuadas para lograr la participación juvenil, la apropiación del proceso de promoción de salud por parte de la comunidad y la aplicación de programas de salud mejor orientados a las necesidades de la comunidad.

IV. Hipótesis

Ho: La implementación de estrategias de promoción de salud sexual en adolescentes no modifican la prevalencia de embarazo a temprana edad.

HA: La implementación de estrategias de promoción de la salud sexual en adolescentes modifican su comportamiento, favoreciendo sustancialmente la reducción de embarazos a temprana edad.

Ho: Las percepciones culturales sobre anticoncepción en adolescentes permanecen estables pese a la implementación de estrategias de promoción de la salud sexual.

HA: La implementación de estrategias de promoción de salud sexual y reproductiva favorecen sustancialmente un cambio en las percepciones culturales sobre anticoncepción.

Las preguntas de investigación que direccionan el presente trabajo son:

- ¿Es posible que la falta de efectividad en el uso de anticonceptivos signifique que los programas de educación sexual hayan entrado en contradicción con valores culturales de la comunidad?
- ¿Las percepciones culturales sobre anticoncepción de los jóvenes puede ser un factor que incida en las situaciones de riesgo para provocar el embarazo en adolescentes?
- ¿Las estrategias de promoción de salud basadas en las percepciones culturales de los jóvenes sobre la sexualidad generarán cambios cognitivos sobre la sexualidad y la anticoncepción?

V. Objetivo General y específicos

5.1 Objetivo General

Estimar la eficacia de las estrategias de promoción de la salud para la prevención de embarazo adolescente a partir de las percepciones culturales sobre anticoncepción en la parroquia Checa.

5.2 Objetivos Específicos

- 5.2.1** Conocer las percepciones culturales de los adolescentes sobre anticoncepción.
- 5.2.2** Analizar los valores culturales que dificultan el uso de anticonceptivos en la vida sexual de los adolescentes.
- 5.2.3** Diseñar y aplicar estrategias de promoción de salud para la prevención del embarazo adolescente.
- 5.2.4** Medir el grado de cambio o variación de las percepciones culturales sobre anticoncepción en adolescentes.

VI. Sujetos y Métodos

6.1 Diseño.

El presente estudio se inscribe en un **estudio analítico** el cual tiene por objetivo estimar la eficacia de la intervención de estrategias de promoción de salud para la prevención de embarazos en adolescentes. Por medio de este estudio se medirá la condición específica de la realidad de los adolescentes (diagnóstico), se propondrá las estrategias de promoción en salud y finalmente se evaluará para medir los cambios obtenidos.

El estudio se ha planteado realizar un **análisis cualitativo**, no destinado al individuo como tal, sino a la subjetividad de éste frente a determinada circunstancia; este análisis pretende establecer cómo las prácticas culturales relacionadas con la sexualidad, generan una percepción sobre la anticoncepción y cómo en este escenario se produce el embarazo en adolescentes.

“La investigación cualitativa ha comenzado a cobrar importancia en las últimas décadas en el campo de la salud, debido en gran parte, a que el interés mostrado por los investigadores sociales en las instituciones sanitarias motivó que se alertara sobre la necesidad de abordar determinados problemas de salud desde perspectivas bien distintas a la puramente biomédica, perspectivas que admiten la subjetividad, ya que cuando las investigaciones se dirigen a problemas de salud en sus dimensiones sociales o culturales, los modos de análisis basados en la estadística se quedan casi siempre estrechos” (Arteaga: 2006) (42).

El carácter **cuantitativo**, se manifiesta en el análisis estadístico de las encuestas aplicadas para medir el nivel inicial de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la sexualidad y la anticoncepción, y medir la eficacia de las estrategias de promoción de salud.

Por lo tanto el presente estudio tiene un carácter cuanti-cualitativo.

6.2 Universo y muestra.

Se definió una muestra del total de la población de los y las jóvenes, ubicados, en los colegios de la parroquia, en tanto se podría ubicar inicialmente como población fija y no itinerante.

Esto permitió obtener un alto grado de control de la situación, que proporciona, en el caso de que exista una asociación entre el factor estudiado y la respuesta observada, la mejor evidencia de que dicha relación es causal.

6.2.1 Población universo

Estudiantes de primero, segundo y tercer año de bachillerato de 4 colegios de la parroquia Checa (1 colegio fiscal, 2 colegios fisco misionales, 1 colegio particular).

n= 474

6.2.2 Muestra

Es un grupo de estudiantes secundarios seleccionados de entre los estudiantes de primero, segundo y tercer año de bachillerato.

n= 232

6.2.3 Tamaño de la muestra

Para el presente trabajo se propuso intervenir con el 100% de la población identificada como estudiantes del nivel de bachillerato de los colegios de la parroquia que corresponden a 474 estudiantes sin embargo, por disposición de las autoridades de cada colegio establecieron los cursos con los que se trabajaría, el criterio utilizado por las autoridades tiene relación a situaciones

conflictivas de estos cursos, dando como resultado una muestra de 217 estudiantes.

Esta muestra de 217 estudiantes según la aplicación de la fórmula con un nivel de confiabilidad del 95% y margen de error del 0,05%.

Aplicando la fórmula:

n = muestra ; N = población; i = margen de error.

$$n = \frac{N}{i^2(N-1)+1} \qquad n = \frac{474}{(0,05)^2(474-1)+1}$$

$$n = \frac{474}{(0,0025)(474)} \qquad n = \frac{474}{2,1825}$$

$$n = 217,18.$$

A pesar de que la muestra nos plantea un trabajo con 217 estudiantes se trabajó con un total de 232 jóvenes, en tanto se solicitó que se incluya a un grupo adicional de 15 estudiantes, pues las autoridades consideraron importante la temática y excluir a estudiantes no tenía pertinencia para generar el proceso.

6.3 Técnicas de recolección de la información.

Para el presente trabajo las técnicas que se utilizaron fueron:

6.3.1 Encuesta:

En el proceso de recolección de la información se utilizó la encuesta (Ver: Anexo 6. Encuesta) para la recopilación de una base empírica, es decir que los resultados provenientes de las encuestas sirvieron como punto de partida para reflexionar sobre la pertinencia o no de las temáticas abordadas en relación a la sexualidad.

Las preguntas de la encuesta fueron elaboradas a partir del análisis del marco teórico, que permitió definir los ámbitos relacionados a la sexualidad y la anticoncepción.

Se plantearon 10 preguntas en los siguientes ámbitos: sexualidad, embarazo, métodos anticonceptivos y anticoncepción.

La validación de la encuesta se la realizó a los jóvenes de la UPS, y se realizó una reunión de trabajo con los representantes estudiantiles de los colegios, donde se analizó si la encuesta permite medir las percepciones de los jóvenes sobre la anticoncepción, y donde se propuso partir de lo que conocen los jóvenes en torno a la sexualidad, las relaciones de pareja y métodos anticonceptivos.

Se presentó el borrador de la encuesta a cada uno de los rectores de los colegios para conocer su apreciación sobre el instrumento, se hicieron observaciones a las preguntas y finalmente se consideró la pertinencia y posterior autorización de aplicar la encuesta.

Esta encuesta tuvo dos momentos:

- **Momento 1:** Se aplicó la encuesta para inicialmente realizar un diagnóstico sobre los conocimientos y percepciones de los y las adolescentes sobre sexualidad.
- **Momento 2:** Se volvió a aplicar la encuesta para evaluar la eficacia de las estrategias de promoción de salud sobre los conocimientos y percepciones de los y las adolescentes sobre sexualidad y anticoncepción.

Se empleó la encuesta para establecer el nivel de conocimiento y el manejo de temáticas relacionadas con la sexualidad, el uso de anticonceptivos y el embarazo en adolescentes, para conocer en términos cuantitativos la factibilidad del diseño e implementación de las estrategias para la promoción de salud sexual y reproductiva.

6.3.2 Entrevista semi-estructurada.

Para la recopilación de información se realizó una entrevista semi-estructurada con 4 actores: 1 directora de la Escuela 3 de Diciembre, 1 directora del Colegio Fe y Alegría, 1 médico de la Escuela 3 de Diciembre y 1 Doctora del Subcentro de Salud de la parroquia.

La entrevista tuvo por objetivo analizar la situación de la problemática del embarazo adolescente, y conocer la mirada educativo-institucional sobre este campo.

Resultados de las entrevistas (Ver: Anexo 7. Entrevistas)

Las entrevistas giraron en torno a las siguientes preguntas:

- ¿Qué trabajos que se han realizado en las instituciones para abordar el tema de sexualidad en adolescentes?.
- ¿Cuál es la metodología con la que se aborda las temáticas sobre sexualidad en las instituciones y conocer si el abordaje incluye a los padres y madres de familia?.
- ¿Cómo se trabaja multisectorialmente con el Subcentro de Salud?.
- ¿Qué dificultades se han presentado tanto en la comunidad educativa al abordar temas de sexualidad?.

- ¿Cuál es la problemática particular de embarazo adolescente en la parroquia. Cómo responde la institución frente a casos suscitados de embarazo adolescente?.
- ¿Se han analizado los contenidos que se trabajan en el programa PRONESA, cuáles son las fortalezas y debilidades del programa?.
- ¿Qué expectativas que tienen respecto a la educación sexual?.

Los resultados que se obtuvieron de las entrevistas fueron:

1. En las instituciones educativas se aborda el tema de la sexualidad en el área de ciencias naturales, donde se reproduce el modelo biológico de la sexualidad para la reproducción, y se informa sobre la clasificación de los métodos anticonceptivos. La metodología que se utiliza no aborda la anticoncepción.
2. En las instituciones educativas no se utiliza el material del PRONESA, dicen no haber recibido capacitación ni la entrega del material.
3. El Subcentro de Salud no posee un programa de promoción de salud que incluya a los colegios de la zona.
4. En el caso de la institución educativa que cuenta con dispensario médico, el personal que labora no posee un protocolo de atención en casos de embarazos y situaciones de abuso sexual
5. Las expectativas que mencionan dentro de la educación sexual es que se debería trabajar el tema desde el concepto de RED en donde las instituciones de la zona trabajen multisectorialmente tomando en cuenta los acuerdos institucionales que son los que permiten garantizar que la educación sexual sea abordada en todas las instituciones educativas.

6.3.3 Grupos focales.

Con esta técnica se permitió analizar las percepciones e imaginarios respecto de la situación de los jóvenes en torno a la sexualidad, el uso de anticonceptivos y el embarazo en adolescentes,

- Se realizó un total de 4 grupos focales, uno por cada colegio, integrados por estudiantes de primero, segundo y tercer año de bachillerato.

Se procuró mantener un nivel equitativo de participación de hombres y mujeres, se conformaron los grupos focales con invitación directa de la Junta Parroquial en cada uno de los colegios.

- Para el efecto se trabajó bajo la modalidad taller, y la experiencia in situ, se tomaron en cuenta las dinámicas propias de la población en relación al tiempo y el interés de los participantes.

Resultados del grupo focal (Ver: Anexo 8. Sistematización de los Grupos Focales)

Se analizaron 3 ámbitos de trabajo, que fueron propuestas y generadas por los estudiantes: el enamoramiento, ¿para qué se utilizan los anticonceptivos?, y el hecho de portar anticonceptivos.

Los resultados que se concluyeron del trabajo fueron:

1. Respecto del enamoramiento: Está relacionado con el matrimonio, se vincula con la conformación de la familia. El enamoramiento se asocia con la construcción del deseo por el otro sexo, cuyo mecanismo está atravesado por la afectividad. Sin embargo aparece como finalidad del enamoramiento la reproducción.

El enamoramiento sería un mecanismo para garantizar el acceso a la felicidad, afín a las relaciones de respeto con el otro. El enamoramiento es visualizado como expresión de autonomía y madurez.

2. Sobre el uso de los métodos anticonceptivos: Se relaciona con lo socialmente establecido, evitar el embarazo y prevenir enfermedades de transmisión sexual.
3. El uso de preservativos y extendido al uso de métodos anticonceptivos: No es percibido como una acción responsable de quien lo porta. Se han internalizado más bien ideas de censura social con respecto de su uso. Y se considera que el hecho de utilizar los preservativos genera un comportamiento ligado a la promiscuidad sexual, pero esta censura recae por sobre todo en la mujer. Esta mirada tradicionalmente deviene de la percepción de que la mujer es aquella que tiene esta tendencia.

Es el hombre el que debe legitimar y administrar el uso de los métodos, lo que infiere que las relaciones sexuales son establecidas a partir de las decisiones del hombre, como el único capaz de saber cuándo y en qué momento se lo debe hacer. Refiriendo una clara inequidad de género con respecto de las decisiones sobre el acto sexual.

Además en los talleres se conversó de manera informal con, adolescentes, personal del Subcentro de Salud, dirigentes de la parroquia, autoridades de las instituciones educativas; esta información permitió el análisis y la reflexión sobre la situación de los jóvenes y los procesos educativos y comunitarios con respecto de la sexualidad.

El discurso textual de los diferentes actores fue utilizado para complementar el análisis del discurso en la interpretación de los resultados.

6.4 Análisis estadístico y cualitativo.

Análisis estadístico

El análisis estadístico de las encuestas se realizó a través del programa estadístico SPSS 17.0 for Windows.

El procedimiento para el análisis de la información fue el siguiente:

- Se ingresó la información correspondiente por cada una de las preguntas de la encuesta.
- Se tabuló los datos según las preguntas de la encuesta y se obtuvieron tablas de frecuencias y tablas cruzadas.
- Para la interpretación de los datos se agrupó en unidades de análisis.
- Se analizaron las variaciones de las preguntas: momento 1 y momento 3 de ejecución mediante el chi cuadrado para encontrar el nivel de significancia estadística a las respuestas y validar la aplicación de las estrategias de promoción de salud. El análisis se lo realizó en la base de datos del SPSS.

Análisis cualitativo

El análisis cualitativo permitió realizar el análisis del discurso para lo cual se elaboró los bloques de análisis en: conocimiento de la sexualidad, anticoncepción y embarazo adolescente.

El análisis del discurso se lo realizó en función de las entrevistas realizadas y los resultados de los grupos focales, se tomaron como referencia las palabras, frases y comentarios textuales de los actores que participaron en la investigación para de esa manera complementar el análisis de resultados.

En los grupos focales se trabajó con una matriz que permitió agrupar respuestas similares, ideas en común que los jóvenes reflexionaban en torno a la sexualidad.

Las entrevistas permitieron obtener datos generales sobre la situación institucional relacionada con la temática de la sexualidad.

La encuesta, las entrevistas y los grupos focales permitieron que se agruparan por categorías los temas en común para de esa manera describir la percepción de los jóvenes.

Para el procesamiento de la información se plantea el procedimiento a continuación:

Momento 1. *Medir la condición actual.*

Conocer los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes de los colegios de Checa respecto de la sexualidad y la anticoncepción.

- Diseño de la encuesta
- Aplicación de la encuesta
- Tabulación de datos
- Análisis estadístico
- Agrupación de resultados por bloques de análisis y graficación
- Interpretación de resultados (análisis de información cuantitativa y cualitativa)

Momento 2. *Generación de estrategias.*

Procesada la información y con los resultados obtenidos del primer momento, se dio paso al diseño y a la implementación de estrategias.

- Diseño de estrategias de promoción de salud
- Implementación de estrategias de promoción de salud

Momento 3. *Evaluación de los cambios obtenidos.*

Posteriormente a la implementación se procedió a un nuevo levantamiento de información que mide la eficacia de las estrategias de promoción de salud, para el efecto se realizó:

- Re-aplicación de la encuesta inicial
- Tabulación de datos
- Análisis estadístico
- Comparación de resultados obtenidos
- Conclusiones generales del estudio

VII. Resultados

Momento 1. Medir la condición actual.

Para el análisis de la encuesta se ha procedido a enmarcar cada una de las preguntas en la misma forma en que fueron aplicadas, para proceder inmediatamente a contabilizar el total de respuestas y los conteos parciales a cada una de las acepciones más frecuentes. Se incluye tablas según bloques de análisis de las respuestas dadas por los adolescentes y se grafica las tendencias de las respuestas.

Dentro de la interpretación de las preguntas se incluye el discurso utilizado por los adolescentes en la forma textual en que se registró durante los talleres y conversaciones. Este discurso se encuentra en cursiva (los nombres que aparecen en el texto son de carácter ficticio, con la finalidad de proteger la identidad de los informantes). Finalmente se procede a relatar las conclusiones.

Pregunta 1. Cuando hablamos de sexualidad nos referimos a:

La primera idea que viene a la mente de los estudiantes adolescentes cuando se habla de sexualidad es: relaciones sexuales entre hombre y mujer (61.63%), (Tabla 1) lo cual indica que la sexualidad dentro de la percepción y el imaginario de los y las jóvenes está dada por las construcciones sociales basadas en principios biológicos, lo que podría implicar dos cosas: una relación directa al sentido de la reproducción o una aceptación del placer sexual compartido entre hombre y mujer.

Si analizamos por género, podemos ver que las mujeres son las que mayoritariamente tienen esta percepción sobre las relaciones sexuales cuando se habla de sexualidad (34,48%), lo que podría hacernos

suponer que esta concepción podría estar ligada a la función socio-biológica de la mujer en el ámbito de la reproducción.

Tabla 1. Relaciones sexuales entre hombre y mujer

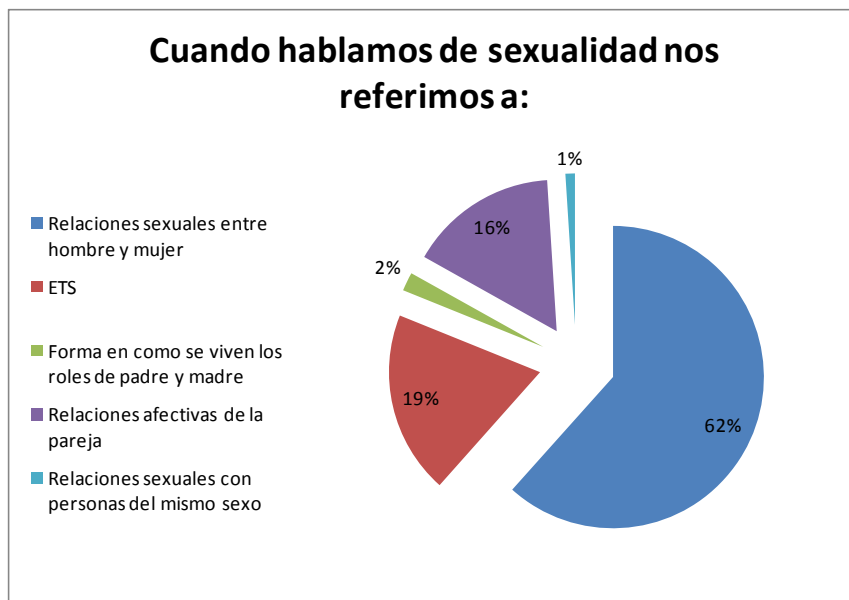
		RELACIONES SEXUALES ENTRE HOMBRE Y MUJER		Total
		No	Si (%)	
SEXO	Masculino	45	63 (27,15%)	108
	Femenino	44	80 (34,48%)	124
Total		89	143 (61,33%)	232

Elaboración: A. González.

Sexualidad también significa: prevención de enfermedades de transmisión sexual para el 19% de jóvenes. En este caso la mirada de la sexualidad está dada en el plano biológico pero que decanta finalmente el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Esta respuesta podría mantener cierta relación con una regulación sobre el comportamiento de la sexualidad, ligada a la tradición pedagógica de la educación sexual que basa su narrativa en el ámbito de la prevención de las ETS.

De ello se desprenden afirmaciones como *“si te acuestas con alguien entonces te va a dar alguna enfermedad sexual”* (Paulina, 17 años). Es importante reflexionar sobre la antigua concepción del castigo, propia de las sociedades de los siglos XVII a XIX que fusionaban sexo-enfermedad, con la reflexión actual que más que castigo refiere un sentido de riesgo, ambas concepciones tienen una función punitiva y/o reguladora.

Gráfico 1. Cuando hablamos de sexualidad nos referimos a:



En una tercera opción de respuesta, 16% de jóvenes mencionó que hablar de sexualidad es hablar de: *relaciones afectivas de la pareja*, (Tabla 2) lo cual incluye sentimiento, emociones y va más allá del acto sexual y del plano biológico, lo que supone una sinergia entre afectividad y relación sexual, conjetura que la relación sexual cobra sentido a través del afecto.

Tabla 2. Relaciones afectivas en la pareja

		RELACIONES AFECTIVAS EN LA PAREJA		Total
		No	Si	
SEXO	Masculino	88	20(18.5%)	108
	Femenino	107	17 (13.7%)	124
Total		195	37 (15.9%)	232

Elaboración: A. González.

Se puede observar una diferencia importante entre la opinión masculina y la femenina ya que 18.5% de los hombres responden afirmativamente, mientras solo 13.7% de las mujeres opinan igual. Esta diferencia puede

hacernos pensar que los hombres están de-construyendo culturalmente las masculinidades, la relación social y los roles de género.

En cuarto lugar encontramos un grupo pequeño de adolescentes 2% que creen que hablar de sexualidad es hablar de la forma en cómo se viven los roles de padre y madre, lo cual nos indica que la sexualidad está relacionada al tema de género, marcado por los roles sociales asignados a los hombres y las mujeres en el ámbito de la familia (padre, madre e hijos), y las relaciones vinculares que establecen los y las jóvenes, se fundamentan en estos roles sociales. Esta percepción asocia a la sexualidad con maternidad y paternidad, es igual a decir que tener relaciones sexuales está ligado directamente a la reproducción y como consecuencia asumir el rol de madre o padre.

Una quinta y última opción de respuesta se aproximó a 1% y menciona que la sexualidad comprende las relaciones sexuales de las personas del mismo sexo. De una manera que no deja de ser intrigante, los estudiantes que respondieron que las relaciones sexuales comprenden aquellas de las personas del mismo sexo, y cobra importancia para demostrar que en la sociedad existen cambios dinámicos al concebir las relaciones homosexuales como un fenómeno natural o al menos culturalmente aceptado.

La segunda pregunta en el cuestionario busca conocer la opinión de los encuestados respecto de las maneras de evitar un embarazo. Las respuestas varían entre utilizar métodos anticonceptivos, abstenerse de las relaciones sexuales e ir al subcentro de salud.

Pregunta 2. Para evitar el embarazo es importante:

Los jóvenes mayoritariamente (53.4%) responden que: utilizar métodos anticonceptivos es importante para evitar el embarazo. Aquí se refieren a

los métodos en general, no específicamente a una forma de anticoncepción. Este porcentaje de respuesta nos plantea una reflexión e incógnita: la educación sexual recibida por los estudiantes les permite construir una percepción de la anticoncepción como forma de interrumpir o imposibilitar el embarazo, o supone además otro uso o sentido social, ligado al derecho del ejercicio compartido del bienestar en la sexualidad.

Una segunda acepción de respuesta se refiere a un método específico de anticoncepción que es el uso del condón (24,13%) (Tabla 3), como método importante para evitar el embarazo, lo cual particulariza la función específica de ese método en la anticoncepción, posiblemente porque es el método que más se ha universalizado.

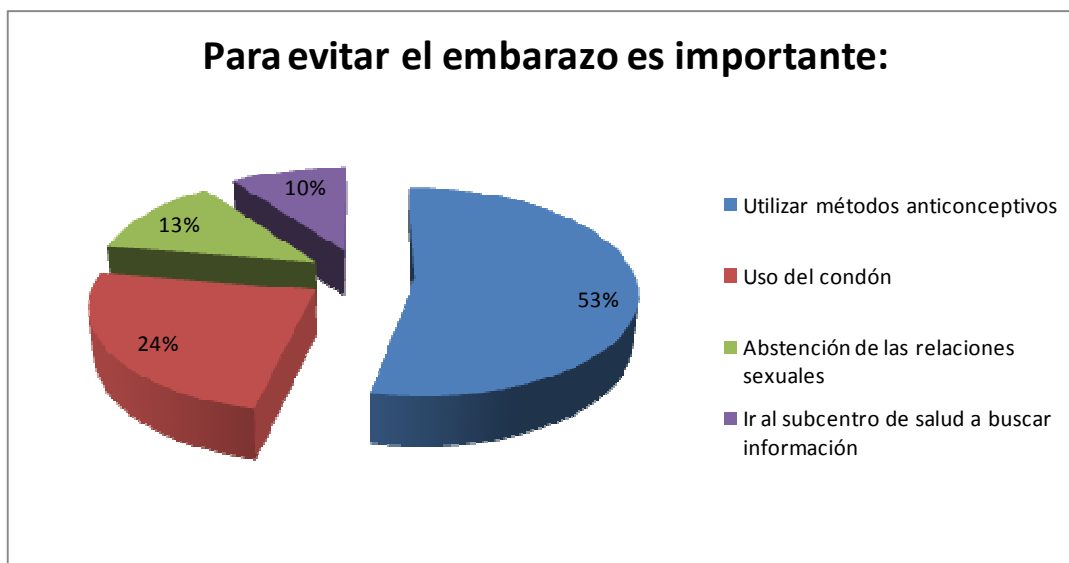
Tabla 3. Uso de condón

		USAR CONDÓN		Total
		No	Si	
SEXO	Masculino	80	28 (12,06%)	108
	Femenino	96	28 (12,06%)	124
Total		176	56 (24,13%)	232

Elaboración: A. González.

Otra de las respuestas fue la abstención de las relaciones sexuales, un 12,5% respondió que es la forma para evitar embarazos adolescentes, lo que plantea otros discursos que están en el plano educativo, que pueden ser influencia de movimientos sociales que tienen incidencia en los procesos educativos, por ejemplo escuelas vinculadas a instituciones religiosas, además de la relación directa que tiene la iglesia en los colegios de la parroquia.

Gráfico 2. Para evitar embarazo es importante



Elaboración: A. González.

Un 10% respondió que ir al subcentro de salud a buscar información es importante para evitar embarazos, la asesoría sobre el uso adecuado de anticonceptivos es lo que buscan.

Sin embargo, fuera de la encuesta los jóvenes mencionaron: “*si vamos al subcentro de salud, pero no al de la parroquia, porque nos da vergüenza, aquí nos conocen*” (Julia, 16 años). Como se observa, existe un factor limitante proveniente de las censuras de la que son objeto los jóvenes, que en este caso podríamos asumir los jóvenes se anticipan a suponer cierto tipo de juicio de valor que podría prevenir del personal de salud.

Según comentó una funcionaria del subcentro de salud de Checa: “*aquí cualquier información se les da, aquí tenemos los preservativos y en eso no tenemos ningún problema (Obstetra, Subcentro de Salud de Checa)*”, lo que indica que hay una apertura de las instituciones de salud hacia procesos de asesoría e información con respecto de la salud sexual y reproductiva.

Pregunta 3. La responsabilidad del embarazo es:

Pese a que 63% de encuestados mencionó que la responsabilidad es de la pareja en conjunto, ello evidencia una nueva tendencia respecto del compromiso del embarazo (como responsabilidad de pareja, como responsabilidad mutua, como responsabilidad social), aún persiste latente una opinión cultural que recae en la mujer cuando se responde que la responsabilidad es solamente de la mujer en 17.2% (Tabla 4), lo que implica que el ejercicio de la sexualidad sobretodo el ejercicio del embarazo es responsabilidad moral de la mujer, de hecho se afirma que: *“las mujeres se embarazan”*(Marco, 17 años).

Tabla 4. Responsabilidad de la mujer

		RESPONSABILIDAD DE LA MUJER		Total
		No	Si (%)	
SEXO	Masculino	89	19 (8,18%)	108
	Femenino	103	21 (9,05%)	124
Total		192	40 (17,24%)	232

Elaboración: A. González.

Se observa que las respuestas de hombres y mujeres con respecto de la responsabilidad de la mujer en el embarazo, con un 0.87% de diferencia, nos remite a la percepción tradicional de que el embarazo es de total responsabilidad de la mujer *“las mujeres no se cuidan, por eso se embarazan”* (David, 15 años).

Por otro lado se sitúa la responsabilidad de los hombres con el 13.3%, (Tabla 5) que el hombre es el que “provoca” el embarazo *“es que usando el condón no es lo mismo”* (Marcelo, 17 años), aquí se puede evidenciar y reconocer la participación del hombre en el proceso de fecundación,

sin embargo existe todavía una mirada “culturalmente machista”, prima el placer del hombre y no la consecuencia del posible embarazo.

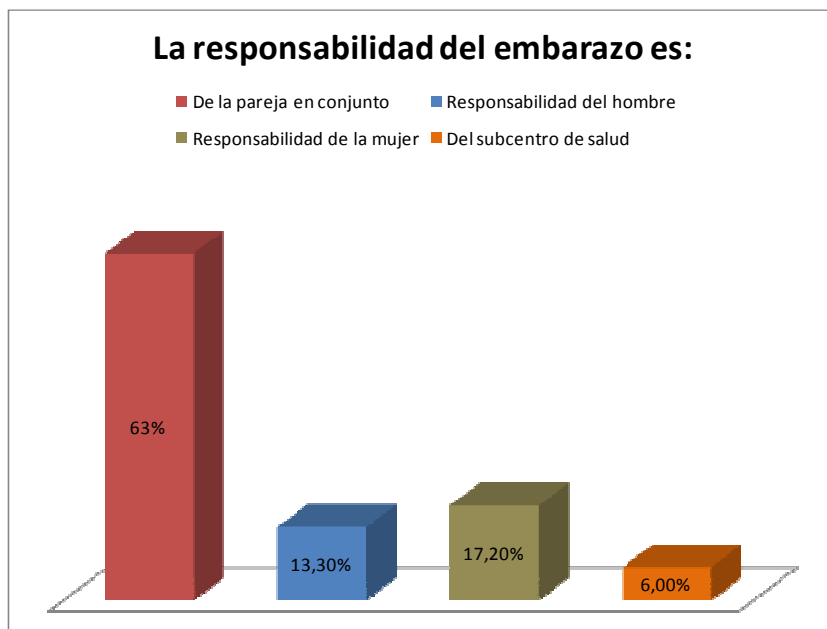
Tabla 5. Responsabilidad del hombre

		RESPONSABILIDAD DEL HOMBRE		Total
		No	Si (%)	
SEXO	Masculino	92	16 (6,89%)	108
	Femenino	109	15 (6,46%)	124
Total		201	31 (13,36%)	232

Elaboración: A. González.

Por otro lado puede asumirse que los hombres aceptan responsablemente la paternidad y eso evidencia las respuestas afirmativas de hombres y mujeres.

Gráfico 3. La responsabilidad del embarazo es



Elaboración: A. González.

Lo importante en esta apreciación es el rol que va cumpliendo el sistema de salud, las respuestas en un 6% mencionan que la responsabilidad del

embarazo es del Subcentro de Salud, en este sentido se podrían dar dos apreciaciones:

La primera en relación con el cuidado de la madre gestante adolescente, y la segunda en relación a compartir información para promover la prevención del embarazo en adolescentes, de ello, la importancia del subcentro de salud como el lugar de la adecuada información.

La responsabilidad de un embarazo adolescente no debería recaer en terceros, sin embargo la sociedad, la comunidad y la familia comparten esta responsabilidad. Basta con revisar el siguiente cuadro, para darnos cuenta que las causas directas del embarazo están en la pareja.

Pregunta 4. Causas para que se produzca el embarazo en adolescentes.

Tabla 6. Causas para que se produzca el embarazo en adolescentes

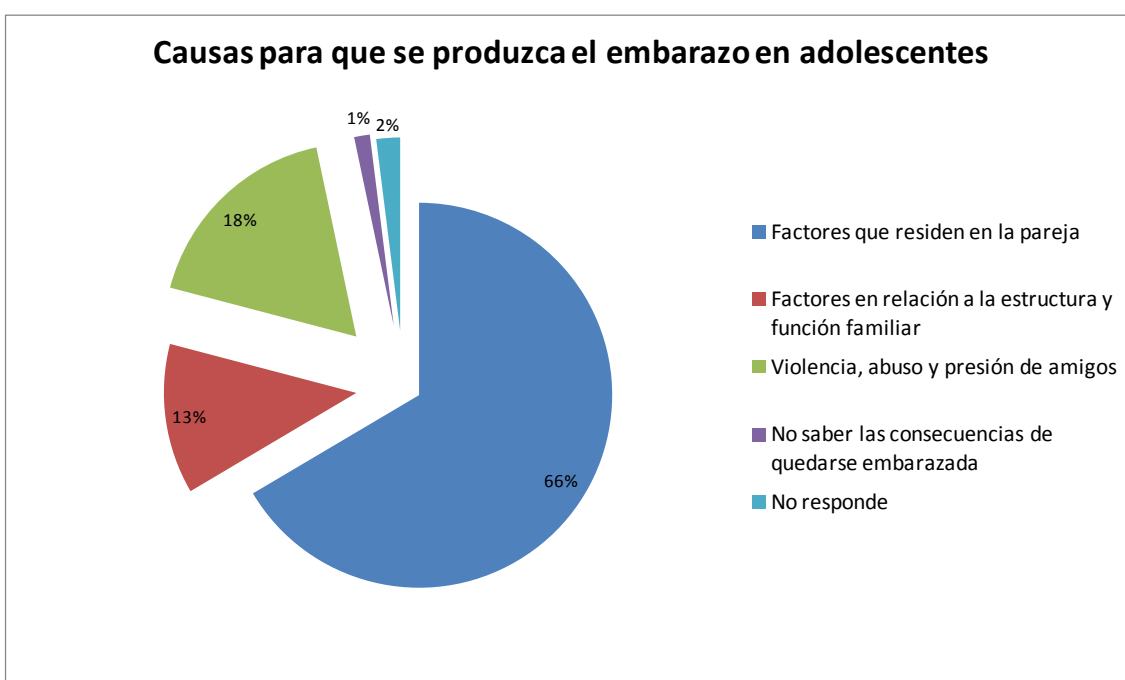
CAUSAS	No. respuestas	%
TENER RELACIONES SIN PRESERVATIVO	54	9,0%
POR IRRESPONSABLES	60	10,0%
POR ABANDONO DE PADRES	23	3,0%
POR ENAMORARSE	21	3,5%
POR CURIOSIDAD	30	5,0%
POR ABUSO	27	4,5%
POR EXPERIMENTAR	42	7,0%
POR DESCONFIANZA DE LOS PADRES	34	5,6%
POR VIOLENCIA	67	11,1%
POR INMADUREZ	6	1,0%
POR FALTA DE INFORMACIÓN	134	22,3%
POR PRESIÓN DE LOS AMIGOS	13	2,0%
POR FALTA DE CARIÑO	24	4,0%
POR FALTA DE COMUNICACIÓN EN LA PAREJA	15	2,5%
POR EL GUSTO DE HACERLO	12	2,0%
NO RESPONDE	7	2,0%
NO UTILIZAR CORRECTAMENTE LOS PRESERVATIVOS	16	2,7%
POR DAR LA PRUEBA DE AMOR	9	1,5%
NO SABER LAS CONSECUENCIAS DE QUEDARSE EMBARAZADA	8	1,3%
	602	100,0%

Elaboración: A. González.

Del cuadro anterior (Tabla 6), 66,5 % de las causas tienen relación con factores que residen evidentemente en la pareja.

Con relación a la estructura y función familiar 8,6% de los embarazos podrían ser atribuidos a una falta de confianza entre padres e hijos, según los encuestados. A este porcentaje podría agregarse el 4% de respuestas que dijeron falta de cariño, sumando en total 12,6% al contexto familiar.

Gráfico 4. Causas para que se produzca el embarazo en adolescentes



Elaboración: A. González.

La violencia, el abuso y la presión de los “amigos” alcanzan un inaceptable 17.6% como causas de embarazo.

Un análisis más detallado de la información nos permite conformar algunos bloques de análisis que se describe a continuación.

- **Falta de Información**

La tendencia indica que de manera significativa los jóvenes responden que la mayor causa para que se presente el embarazo en adolescentes es la falta de información con un 22.3%.

Lo que demuestra que existen débiles programas educativos en la parroquia vinculados a la sexualidad. Ello se evidencia en situaciones prácticas como el **tener relaciones sin preservativos, no utilizar correctamente los preservativos, no saber las consecuencias de quedarse embarazada, por falta de información.**

- **Situación familiar y de violencia**

Otro porcentaje representativo, vincula el embarazo a situaciones de violencia con un 11,1% cuya lectura puede ser en dos direcciones: la primera relacionada con violencia sexual causada por familiares, amigos, personas cercanas a las jóvenes mujeres y por otro lado, probablemente como consecuencia de los procesos de violencia intrafamiliar *“en la casa le pegaban mucho y se conoció con el novio y ahí se embarazó”* (Fernanda, 15 años).

Los datos que hacen referencia a estos fenómenos se expresan en situar el embarazo como consecuencia del **abandono de los padres y por falta de cariño**, pero podemos asociar además que **por desconfianza de los padres**, en particular puede estar incorporado a la condición de autoridad de los padres, pero además a que uno de los temas familiarmente no aceptados es la sexualidad.

Es importante aclarar que el tema de violencia no solamente se manifiesta al interior de las familias si no por personas cercanas a las jóvenes como son amigos, novios, amigos de familia y de hecho los porcentajes **por abuso y por violencia** deberían considerar estas particularidades.

- **Comportamiento social.**

La irresponsabilidad es vista desde un 10% de los jóvenes como consecuencia *“de una pérdida de valores”* (Religiosa. Directora del Colegio Santa Catalina de Louvbreau), vinculado también al uso del alcohol y en otros casos al consumo de drogas, como las nuevas tendencias culturales y de las prácticas de consumo de los jóvenes.

Este particular que lo podemos asociar con el comportamiento social, incluye conceptos como la **inmadurez** asociada a la irresponsabilidad, pero sobre manera a no medir las consecuencias de sus actos. Este último concepto se llega a explicar cuando los jóvenes refieren “**por incomprensión**”, que puede entenderse en tres direcciones: falta de comprensión respecto de la información, incomprensión con respecto de relaciones familiares o incomprensión con respecto de los actos. Por lo tanto debería trabajarse en este tema a futuro.

- **Relaciones de pareja y pares**

Es importante mencionar que el tema del embarazo está asociado al enamoramiento. **Enamorarse o dar la prueba de amor** son respuestas que obedecen también a situaciones de orden cultural. El acto sexual es la muestra o la comprobación de la legitimidad amorosa, sin embargo los jóvenes también mencionan que la **falta de comunicación en la pareja** puede conllevar a un embarazo temprano y no deseado, lo que implica que no existen acuerdos en la pareja, para la prevención del embarazo.

Las relaciones de pareja en los jóvenes no están exentas de la relación con sus pares. Es en el grupo donde se establecen las relaciones, hecho que induce situaciones de presión grupal al acto sexual. La respuesta: **por experimentar** puede también relacionarse con la respuesta **por presión de los amigos**. De hecho la respuesta por curiosidad nos permite saber que en algunos casos el embarazo fue consecuencia de curiosidad o de tener su propia experiencia.

Pregunta 5. Conocimiento de métodos anticonceptivos.

Tabla 7. Conocimiento de métodos anticonceptivos

MÉTODOS	No. respuestas	%
CONDÓN	141	34,0%
INYECCIÓN	52	12,5%
GEL ANTICONCEPTIVO	9	2,2%
PASTILLAS	130	31,3%
T DE COBRE	33	8,0%
ASISTENCIA AL MÉDICO	2	0,5%
CONDÓN VAGINAL	1	0,2%
ABSTINENCIA	14	3,4%
DROGAS	4	1,0%
HIERBAS Y PLANTAS	20	4,8%
LIGADURA	6	1,4%
VASECTOMÍA	3	0,7%
	415	100%

Elaboración: A. González.

La mayor frecuencia de respuestas obtenidas (34,0%) en relación a la utilización de los métodos anticonceptivos fue el uso del condón (Tabla 7), esto podría obedecer a que su uso gira alrededor del riesgo de contagio de las ETS y al VIH que pone en el imaginario juvenil el uso de los condones como única opción en caso de ser sexualmente activos. Las pastillas ocupan un segundo lugar en frecuencia (31,3%) y tiene en cambio una relación directa con la prevención del embarazo, ello plantea una concordancia que los métodos están vinculados a la relación de género.

Por otro lado los procesos informacionales mediáticos y la información obtenida de las instituciones han universalizado el uso del condón como forma de prevenir las ETS, VIH, y embarazo. Lo novedoso es el uso del condón vaginal que se encuentra también en el discurso juvenil, pese a que su frecuencia es pequeña (0,2%).

Es importante reconocer que los jóvenes tienen información, un saber sobre los métodos anticonceptivos, lo que implica que existe un trabajo institucional para democratizar el conocimiento, la pregunta es si ¿el nivel de acceso es concordante con el nivel de información?

La ligadura, la vasectomía, el gel anticonceptivo, están presentes con frecuencias similares.

La t de cobre (8,0%) y el uso de plantas (4,8%), aparecen como métodos también alternativos, aunque de diferentes tecnologías ambas hacen referencia para evitar el embarazo en mujeres.

Es importante enunciar que el empleo de los métodos, están relacionados con el uso social y la función práctica que cumplen, significa que no todos los métodos están relacionados con evitar el embarazo, si no con el riesgo de contagio de las ETS y VIH, lo que indica que el uso práctico de los métodos tienen relación con las situaciones de riesgo que devienen de la actividad sexual, el uso no deja de tener significaciones culturales tanto de las instituciones como de los grupos de pares.

Pregunta 6. *En qué lugar has recibido información sobre el uso de anticonceptivos.*

Tabla 8. Lugar donde se ha recibido información sobre el uso de anticonceptivos

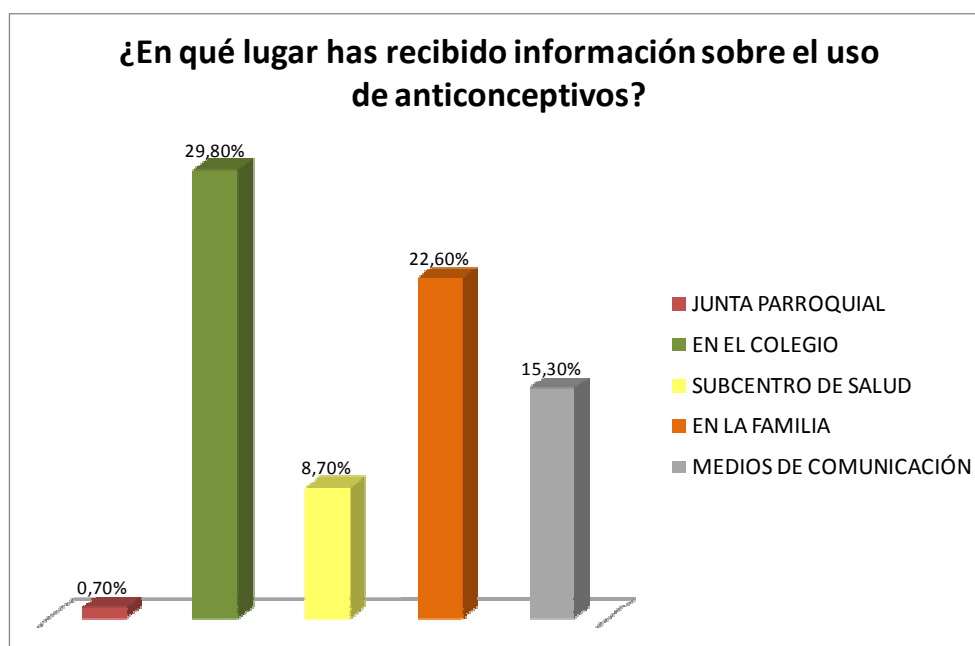
LUGAR	No. respuestas	%
JUNTA PARROQUIAL	4	0,7%
EN EL COLEGIO	165	29,8%
SUBCENTRO DE SALUD	48	8,7%
EN LA FAMILIA	125	22,6%
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	85	15,3%
AMIGOS	127	22,9%
TOTAL	554	100%

Elaboración: A. González.

La pregunta sobre métodos anticonceptivos tienen relación con el lugar de obtención de la información y observamos 3 frecuencias altas (Tabla 8): la primera situada en el colegio (29,8%), lo que implica que es política de la educación abordar temas relacionados con la sexualidad, una segunda situada en los amigos o pares (22,9%), y en tercer lugar la familia (22,6%).

Las tendencias altas nos conducen a mirar cual es el uso social de la información, es decir: ¿qué uso tiene la información proveniente de los amigos?, ¿qué intención o función cumple la información obtenida de la familia?, y ¿cuál sería la intencionalidad de la información propuesta por las instituciones educativas?.

Gráfico 5. Lugar donde se ha recibido información sobre el uso de anticonceptivos



Sin embargo es importante resaltar que la información proveniente de la familia, significa que hay una mirada innovada de la sexualidad, lo que representa una posible mayor comprensión con respecto de la sexualidad en los jóvenes.

Es importante observar que la frecuencia de información proveniente de los medios es inferior a la obtenida de las instituciones, la familia y los amigos, pero no deja de ser representativo, sería importante establecer la rutina y los discursos con que se presenta esta información en los medios.

El subcentro de salud aparece con menos frecuencia, y ello deviene posiblemente que éste genera muy pocos espacios de acercamiento a los jóvenes, por otro lado el subcentro de salud, como parte del sistema nacional obedece a ciertas políticas en las que no se encuentra como prioritario el tema de la sexualidad y el embarazo en adolescentes, es a partir de la presión de la sociedad civil que el embarazo en adolescentes se convierte en una preocupación del sistema de salud.

Pregunta 7. *Cuando una persona (hombre o mujer) utiliza anticonceptivos es porque:*

Tabla 9. Cuando una persona utiliza anticonceptivos es porque:

RESPUESTAS	No. respuestas	%
TIENE VARIAS PAREJAS	36	15,5%
ES RESPETUOSA DE SU PAREJA	27	11,6%
SOLO PIENSA EN SI MISMA	13	5,6%
ES RESPONSABLE	157	67,4%
	233	100%

Elaboración: A. González.

La respuesta de mayor frecuencia ha permitido a los adolescentes expresar su sexualidad desde una perspectiva de responsabilidad (67,4%), el uso del método anticonceptivo parece presentarse como una forma de prevención de consecuencias negativas con respecto del acto sexual.

La frecuencia situada en segundo lugar es apenas una cuarta parte de la primera (15,5%) y relaciona el uso de anticonceptivos con la posibilidad de tener varias parejas sexuales. (Tabla 9).

El 11.6% de encuestados relacionó al uso de anticonceptivos con el respeto a la pareja y apenas un 5.6% lo relacionó con sí mismo, es decir un acto sexual que aparte de satisfacer al individuo no lo compromete.

Pregunta 8. Qué entiendes tú por anticoncepción.

Prevención de enfermedades venéreas (88,8%), y evitar enfermedades (92,2%) evidencian que la anticoncepción se relaciona con la prevención de enfermedades relacionadas con el acto sexual.

Primera unidad de respuestas.

	EVITAR ENFERMEDADES	%	PREVENCION DE ENFERMEDADES VENEREAS	%
Si	214	92.2%	206	88.8%
No	18	7.8%	26	11.2%
Total	232	100%	232	100%

Esto obedece a que la percepción sobre la sexualidad sigue siendo vinculante al ámbito de la enfermedad.

Una segunda unidad de respuestas, está en concordancia al uso de los métodos anticonceptivos y a su función, que implica evitar el embarazo, las frecuencias que hacen relación a este campo. **MÉTODOS PARA NO QUEDARSE EMBARAZADA (84,1%), CUANDO NO QUIEREN TENER HIJOS (97,0%) y ES COMPRAR PASTILLAS E INYECCIONES (74,6%)**; se infiere además que la anticoncepción **ES ANTES DE CONCEBIR A ALGUIEN (62,9%)** como una manera de protegerse en

las relaciones sexuales, se relaciona también con el deseo privativo del hombre de evitar el embarazo: **ES LO QUE UTILIZA EL HOMBRE PARA NO DEJAR EMBARAZADA A UNA MUJER (76,7%)**.

Segunda unidad de respuestas

	Métodos para no quedarse embarazada	%	Cuando no quieren tener hijos	%	Comprar pastillas e inyecciones	%	Antes de concebir a alguien	%	Utiliza el hombre para no embarazar a una mujer	%
Si	195	84,1	225	97,0	173	74,6	146	62,9	178	76,7
No	37	15,9	7	3,0	59	25,4	86	37,1	54	23,3
Total	232	100	232	100	232	100	232	100	232	100

Por otro lado se presentan frecuencias que refiere a la anticoncepción como **EMBARAZO NO DESEADO (11,2%)**, **CUANDO POR MIEDO SE ABORTA UN BEBÉ (12,9%)** y relaciona al acto de interrupción del embarazo no permitido, no querido.

Tercera unidad de respuestas

	EMBARAZO NO DESEADO	%	CUANDO POR MIEDO SE ABORTA UN BEBÉ	%
No	206	88,8%	202	87,1%
Si	26	11,2%	30	12,9%
Total	232	100,0%	232	100,0%

Supone en las respuestas que la anticoncepción obedece a la situación no voluntaria de tener hijos, por eso se asume en lo no deseado y en el aborto como la acción de la anticoncepción.

En la cuarta unidad, se presenta como otras opciones que justifican la anticoncepción al **CUIDADO DEL CUERPO (3,0%)**, a **UNA FORMA DE TENER RELACIONES SEXUALES SIN ABSTENERSE (22,4%)** y a la **SEGURIDAD DE LO QUE HACES CON TU PAREJA (3,0%)**.

Cuarta unidad de respuestas

	CUIDADO DEL CUERPO	%	ESTAR SEGUROS DE LO QUE HACES CON TU PAREJA	%	UNA FORMA DE TENER RELACIONES SEXUALES SIN ABSTENERSE	%
No	225	97,0%	225	97,0%	180	77,6%
Si	7	3,0%	7	3,0%	52	22,4%
Total	232	100,0%	232	100,0%	232	100,0%

En esta unidad de respuestas, el mayor porcentaje 22,4% refiere a una forma de tener relaciones sexuales con el uso de algún método anticonceptivo. Lo que implica que es el método el que le permite no renunciar al acto sexual.

Por otro lado el 3,0% que refiere al cuidado del cuerpo como anticoncepción, se relacionaría con el hecho cultural de que tener relaciones sexuales y embarazarse “deforma el cuerpo”, así lo mencionan los jóvenes: “*se nota nomás cuando una mujer ya ha tenido relaciones sexuales*” (Edith, 16 años), “*cuando ya ha tenido relaciones sexuales se le caen los senos*” (Maribel, 17 años). Estas percepciones remiten que cuidar el cuerpo implica abstención de relaciones sexuales.

Un tercer porcentaje 3.0% refiere al estar seguros de lo que se hace con la pareja, plantea el embarazo como un acuerdo de la pareja, el no embarazarse es una corresponsabilidad.

Estas unidades nos permiten situar varias concepciones con respecto de la anticoncepción, quizá por el influjo de miradas culturales que han entrado en contacto con otras narraciones ubicadas en el campo científico. Estas concepciones son concordantes con lo anteriormente descrito alrededor del tema de métodos anticonceptivos, y sugieren que la actividad sexual está relacionada con la reproducción y mayoritariamente con el mal uso de la sexualidad.

Pregunta 9. Qué temas han tratado en tu colegio sobre sexualidad

En relación a las respuestas obtenidas sobre qué temas se han tratado en tu colegio sobre sexualidad, una primera unidad de respuestas se centra en la relación **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS** (55,2%), **ETS** (53,4%), **SIDA** (33,6%).

Primera unidad de respuestas

	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	%	ETS	%	SIDA	%
No	104	44,8%	107	46,1%	154	66,4%
Si	128	55,2%	124	53,4%	78	33,6%
No responde			1	,4%		
Total	232	100%	232	100%	232	100%

Estas respuestas develan un modelo o enfoque de comprensión sobre la sexualidad existente en los procesos de formación de los jóvenes al interior de la institución educativa; para este caso el enfoque de la sexualidad centrado en la enfermedad, lo que evidencia todavía el enfoque bio-médico es el más utilizado en los colegios.

Para esta segunda unidad de respuestas existe una relación entre **EMBARAZO EN ADOLESCENTES** (22,4%), **PROHIBICIÓN DE TENER RELACIONES SEXUALES** (44,8%), **PREVENCIÓN** (17,7%).

Segunda unidad de respuestas

	EMBARAZO EN ADOLESCENTES	%	PROHIBICIÓN DE TENER RELACIONES SEXUALES	%	PREVENCIÓN	%
No	180	77,6%	128	55,2%	191	82,3%
Si	52	22,4%	104	44,8%	41	17,7%
Total	232	100%	232	100%	232	100%

Estas respuestas sitúan la finalidad social del modelo que se utiliza para el abordaje de estos temas, se relacionan con el miedo y la prohibición sobre las relaciones sexuales (44,8%); de hecho en uno de los colegios, una docente menciona refiriéndose al tema del embarazo en adolescentes (22,4%), haber solicitado a una joven adolescente embarazada lo siguiente: *“lo que se pidió a la chica que de pronto ella nos ayude para lo que le ha pasado a ella no le vuelva a pasar a otro chico teniendo los cuidados necesarios, eso es lo que nosotros trabajamos”* (Docente. Colegio Ignacio de Loyola) con un supuesto enfoque de prevención.

La tercera unidad de respuestas aborda las temáticas de **ABORTO** (22,0%) y **SEXUALIDAD HUMANA** (15,9%), como temas que se han abordado en el colegio sobre sexualidad.

Tercera unidad de respuestas

	ABORTO	%	SEXUALIDAD HUMANA	%
No	181	78,0%	195	84,1%
Si	51	22,0%	37	15,9%
Total	232	100%	232	100%

La respuesta más visible está relacionada con el aborto (22%) y ello implica que la preocupación de las instituciones se refleja en el acto del aborto como forma “inmoral” de enfrentar las consecuencias de la sexualidad, *“lo más preocupante es que ahora se embarazan y abortan, es como que no ha pasado nada”* (Religiosa. Directora del Colegio Santa Catalina de Louvbreau).

Por otro lado, el abordaje de este tema se encuentra vinculado a la prevención de posibles situaciones de riesgo sobre la salud de las adolescentes y la prevención de mortalidad producto de los aborto en condiciones de riesgo por la mala práctica del aborto.

Con respecto a la sexualidad humana (15,9%) se refiere a los contenidos curriculares que los jóvenes reciben en el área de biología y ciencias naturales.

Estas unidades de respuesta encontradas mayoritariamente dan cuenta del abordaje de la sexualidad y tienen que ver explícitamente para la evitación de la relación sexual, como factor de riesgo con respecto del VIH, Sida, ETS.

Por otro lado el embarazo en adolescentes es un tema que los encuestados refieren también con una alta frecuencia, eso significa que las instituciones tienen una gran preocupación por esta situación social.

Se podría decir que cuando se presenta frecuencia representativa con respecto de sexualidad humana supone más bien aspectos de orden cultural, relacionados al matrimonio, las relaciones de pareja.

Se localizaría también una frecuencia representativa con respecto de prohibiciones de las relaciones sexuales, lo que daría como interpretación que las instituciones no aprueban que los jóvenes tengan relaciones sexuales, en tanto son lugar de riesgo con respecto de las ETS, y otros, pero por sobre manera su condición de negatividad del sexo con respecto de los jóvenes.

Complementario a la unidad de respuestas anterior, la siguiente unidad refiere al interés sobre temáticas que parten desde el interés de los jóvenes.

Pregunta 10. Qué temas te gustaría que se aborde en tu colegio sobre sexualidad

Con respecto de la pregunta sobre qué temas te gustaría que se aborde en tu colegio sobre sexualidad, las respuestas se encuentran jerarquizadas de acuerdo a la frecuencia más alta.

Tabla 10. Temas que te gustaría que se aborde en el colegio sobre sexualidad

TEMAS SUGERIDOS POR LOS JÓVENES	No	Si	Si %
EMBARAZO EN ADOLESCENTES	180	52	77,6%
PROHIBICIÓN DE TENER RELACIONES SEXUALES	128	104	44,8%
ETS	133	99	42,7%
PATERNIDAD RESPONSABLE	170	62	26,7%
PAREJA Y NOVIAZGO	172	60	25,9%
EMBARAZO Y SEXUALIDAD	175	57	24,6%
ABORTO	187	45	19,4%

Elaboración: A. González.

Se hace necesario precisar que los temas propuestos por los jóvenes (Tabla 10) están relacionados con los temas que han sido abordados en la institución educativa, lo que exige interpretar que la demanda de los jóvenes se instala probablemente en el plano metodológico, es decir el cómo se aborda los temas, de hecho la directora de una de las instituciones menciona: *“Bueno acá en el colegio no se ha dado, educación sexual a parte de la materia de ciencias naturales, biología, anatomía que está en el pensum, entonces este año se ha implementado”* (Docente. Colegio Ignacio de Loyola) lo que significa la debilidad institucional de enfrentar el campo de la sexualidad de los jóvenes con renovadas estrategias educativas.

Hecho que se confirma cuando dice: *“de pronto la falta de material es la mayor debilidad, el hecho de que yo pienso que para llegar a los chicos*

debemos tener el material adecuado..." (Docente. Colegio Ignacio de Loyola). Este es la causa para encontrar esta demanda en los jóvenes.

Por otro lado implica entender que hay una preocupación sobre estos temas en la población juvenil debido a que el campo de la sexualidad justamente en el discurso de la educación sexual es lo que usualmente se aborda.

La contradicción con respecto de las respuestas anteriores, es que se repiten los mismos patrones culturales con respecto de los temas que deberían ser abordados en un proceso con los jóvenes, aunque se incluye el tema de pareja y noviazgo con una frecuencia representativa, implica que se están pensando otros temas como necesidad social de los jóvenes.

Por otro lado el tema de la prohibición aparece con alta frecuencia, seguramente será el escenario para develar aspectos institucionales, familiares para comprender el lugar social de la sexualidad.

VIII. Diseño de estrategias de Promoción de Salud

Momento 2. Generación y aplicación de estrategias.

8. 1 Estrategias para la prevención del embarazo en adolescentes, basadas en la percepción cultural de los jóvenes sobre anticoncepción.

A partir del análisis de resultados se visualiza que uno de los problemas más importantes de la salud pública en la sociedad contemporánea es el incremento de embarazos en adolescentes, en cuyo caso es imprescindible que se vayan creando condiciones teórico metodológicas para disminuir y detener su incremento, generando un proceso de promoción de salud considerando las percepciones de los jóvenes.

Es necesario además notar que a pesar de la información muchos de los temas propuestos evidencian que es alrededor del tema de lo masculino y lo femenino y su expresión como relaciones inequitativas de género, donde posiblemente se reproduzcan las situaciones de riesgo con respecto del embarazo, por sobre todo en poblaciones que podríamos considerar como vulnerables como es el caso de las jóvenes mujeres.

Se observa que en los colegios y la parroquia no hay un proceso sostenido de trabajo que permita ir construyendo un imaginario o percepción cultural distinta de la anticoncepción, a la que se le mira no como un mecanismo de planificación con respecto del embarazo y a una mirada equitativa de género en las relaciones afectivas, si no que se reduce al ámbito de la interrupción del embarazo asociado con el aborto y/o para que *“la mujer no se embarace”* (Luis Miguel, 16 años), significa que prevalece la mirada de la sexualidad en el ámbito biológico; la primera consideración se ubicaría en generar una visión de la sexualidad caracterizada por una construcción social, que supere el concepto biológico, institucionalizado en la práctica pedagógica de la sexualidad.

De hecho el trabajar en el plano de los imaginarios fortalece el trabajo realizado en las instituciones, ello complementaría el trabajo realizado con los jóvenes.

En segunda instancia es necesario develar cómo a partir de la sexualidad entendida esta como relación social se construye la subjetividad y cómo a su alrededor se generan prácticas sociales que excluyen y marginan a los sujetos humanos como ejercicio de relaciones de poder.

En este marco, se hace inevitable abordar cómo la sociedad tecnológica produce la mediatización de la sexualidad, la cosifica, separando su condición humana convirtiéndola en mercancía, volviéndola objeto de consumo.

Es imprescindible comprender entonces como se expresa la sexualidad en el mundo contemporáneo, como se articula en las manifestaciones culturales de los jóvenes y adultos hombres y mujeres.

Solamente con este marco general nos permitiría entonces trabajar sobre las implicaciones sociales que tienen la sexualidad, la anticoncepción y su vínculo con la re-configuración de las relaciones sociales en la sociedad y por tanto prevenir el embarazo.

8.2 Objetivo general del diseño de estrategias

Abrir espacios de de opinión y reflexión a través de la implementación de estrategias educomunicativas de promoción de salud, que contribuyan a la prevención del embarazo en adolescentes y a la vivencia de una sexualidad saludable.

8.2.1 Objetivos específicos del diseño de estrategias

- Desarrollar acciones que permitan acuerdos interinstitucionales para garantizar un proceso sostenido de sensibilización, información sobre sexualidad, y embarazo en adolescentes respetando las prácticas culturales de los jóvenes.
- Construir procesos de reflexión – acción en torno a los siguientes ejes temáticos: Sexualidad y desarrollo social; Sexualidad y afectividad, Sexualidad y tecnología; Cultura juvenil y sexualidad y Desarrollar una propuesta de sensibilización, que posicione un análisis crítico de la problemática local sobre el embarazo en adolescentes, en los colegios del barrio central de Checa.
- Desarrollar espacios educomunicativos, en los lugares públicos de Checa para promover una actitud crítica frente a la situación del embarazo y fomentar el respeto a la sexualidad de los jóvenes.

8.3 Estrategia 1. Acuerdos Interinstitucionales

Esta es una de las estrategias importantes del proceso, se hace imprescindible situar actores institucionales locales para lograr mayor cobertura e incidencia en el proceso, como condiciones previas para la implementación de las estrategias edu-comunicativas.

8.3.1 Proceso

Para el efecto se convocó a un taller para trabajar los resultados de la encuesta con las instituciones, la convocatoria fue realizada por la Junta Parroquial de Checa, se trabajó como eje del taller la “Sexualidad y el desarrollo social”.

La Junta Parroquial, es uno de los actores más interesados en el proceso, a través de la junta se convocó a los rectores de los colegios de la parroquia, el personal del Subcentro de Salud, y a la Universidad Politécnica Salesiana (Checa forma parte de su zona de gestión de prácticas pre-profesionales en la carrera de Psicología). Ello permitió establecer acuerdos con respecto de la sexualidad y transferencia metodológica para darle sostenibilidad al proceso.

Se lograron algunos acuerdos importantes:

- Garantizar, el espacio de trabajo con los estudiantes y padres de familia, por parte de los rectores de los colegios.
- Movilizar e invitar a la población del barrio central al “Primer festival por la vida” en el parque central por parte de la junta parroquial.
- Invitar a grupos culturales juveniles a reuniones de planificación y diseño del guión para el festival por la vida.
- Se comprometió la participación de los estudiantes de la UPS, como facilitadores del proceso.

Acuerdos con instituciones educativas de nivel superior:

Permite formar facilitadores a través de convenios o acuerdos con estudiantes de universidades con carreras a fines al ámbito de la salud, fue importante para este trabajo la presencia de la Universidad Politécnica Salesiana en el sector, pues esta forma parte de su zona de gestión, con los estudiantes se trabajó los temas y la metodología que se aplicó en los talleres de sensibilización.

8.4 Estrategia 2. Talleres de sensibilización a jóvenes hombres y mujeres, padres y madres de familia.

La sensibilización es un proceso de reflexión sobre los aspectos socio-históricos y psicosociales de cualquier práctica socio-cultural, en este caso

sobre la sexualidad, es poner en el plano consciente aquello que nos parece que fuese natural, y que, como forma parte de nuestras relaciones cotidianas la consideramos ya parte indiscutible de nuestra vida.

Por ello la sensibilización, es un proceso edu-comunicativo grupal, es crear los espacios de reflexión y acción para comprender la sexualidad en su dimensión socio-histórica, como se manifiesta, generar procesos de cambios actitudinales para vivir una sexualidad saludable.

8.4.1 Proceso.

Se procedió a capacitar a estudiantes del 4º semestre de la escuela de psicología de la Universidad Politécnica Salesiana en los temas propuestos, se trabajó la metodología, ejes y temas (Ver: Anexo 5. Matriz de temas de sensibilización). Los estudiantes se constituyeron en facilitadores del proceso, ello permitió trabajar simultáneamente con los estudiantes de 4º a 6º de Bachillerato en los colegios de Checa y ampliar la cobertura para trabajar con los padres de familia, el ciclo duró 4 semanas, para cada semana se manejó un tema y eje de discusión. Con los estudiantes de los colegios se trabajó un día a la semana con un promedio de 4 horas, mientras que con los padres y madres de familia se trabajó los días sábados, con cada una de las secciones con un promedio de 3 horas de trabajo.

Para los talleres de sensibilización se trabajó el modelo experiencia (Vivencial-Participativo), consta de cuatro fases, **Experiencia, Reflexión, Conceptualización, Aplicación.**

- Primera Fase: La fase de la **Experiencia**, es la aplicación de la Técnica de trabajo grupal.
- Segunda Fase: La fase de **Reflexión** de la experiencia, se realiza a través de trabajo grupal y el plenario.

- Tercera Fase: La fase de **Conceptualización**, se da la disertación teórica fortalecida por la reflexión de los participantes.

Cuarta Fase: La fase de la **Aplicación**, donde los participantes se comprometen a un cambio de actitud.

Se aplicaron técnicas de trabajo grupal, de las que se pueden mencionar la lluvia de ideas, matrices de problemas y las historias incompletas, esta última de mayor impacto, pues deviene de técnicas proyectivas utilizadas en psicología, se puso énfasis en el uso de recursos audiovisuales, para este momento se utilizó el video documental “Narrativas sobre el embarazo adolescente en la ciudad de Quito” de Cristina Avellaneda Tobar (43).

8. 4 Estrategia 3. Uso de los espacios públicos. “El festival por la vida”

El festival se propone por sugerencia de los jóvenes, pues consideraban que era un espacio diferente que no estaba mediado por la institución educativa, donde se pueden vincular más libremente sobre sus experiencias de vida vinculadas con las expresiones artísticas, y ello implica partir de sus gustos musicales.

Siendo éste un punto coincidente, en tanto, a partir de la reflexión teórica a la relación cultura y jóvenes, se consideró como estrategia un trabajo relacionado al arte y a los estilos culturales. Sin embargo es la iniciativa de los jóvenes la que permite establecer al festival como una de las estrategias más cercana a los jóvenes por el nivel de participación y empoderamiento del espacio (ver: Anexo 9. Registro Fotográfico Festival por la Vida)

En este marco, se podría afirmar que, uno de los aspectos importantes del trabajo con los jóvenes, es la recuperación del uso de los espacios públicos, es aglutinante y permite trabajar distintos discursos, asociados a los estilos culturales existentes en los jóvenes.

Permite darle una nueva significación al espacio social, el efecto de movilización de las poblaciones al lugar público permite universalizar reflexiones propuestas por los jóvenes y los adultos con respecto de la sexualidad. El uso de los espacios públicos amplía y posibilita la construcción de puentes comunicativos. Abre un espacio para la promoción de las distintas propuestas locales que están en marcha o se vislumbran como posibles proyectos.

Para el efecto participaron varios grupos artísticos, podríamos afirmar que la estrategia del uso de los espacios públicos dio paso a lo que se podría llamar **gestión cultural para la salud**.

8.4.1 Proceso

Luego del trabajo con los estudiantes se procedió a implementar el “festival por la vida”, para el efecto, se invitó a un grupo de danza contemporánea, un grupo cultural de hip-hop, un grupo de teatro y cantautores hombres y mujeres, a través de la junta parroquial y la UPS. El acompañamiento del género musical debe ir en concordancia con el público objetivo. Se contextualizó los temas trabajados por cada expresión para situar la trayectoria de los grupos, cantantes y su aporte en el proceso.

8.4.2 Diseño del Guión

El guión del festival implica trabajar la narración artística con las ideas o reflexiones producidas por los participantes del proceso de sensibilización y que tienen relación con los ejes de trabajo con respecto de la sexualidad.

Ello permitió, proponer nuevas ideas con respecto de los jóvenes, la sexualidad, y la anticoncepción, buscando generar acuerdos en el plano

simbólico, creando la posibilidad del respeto y la construcción de una sexualidad saludable.

Se trabajaron 5 ideas centrales que parten de la información resultante de la aplicación de la encuesta y de las entrevistas realizadas a distintos actores:

- Toda relación amorosa y sexual, es más significativa si es responsable y respetuosa.
- La información más adecuada y precisa está en el subcentro de salud, el personal del subcentro de salud es cálido y confiable.
- Los amigos deben respetar nuestras decisiones.
- Los jóvenes tienen derecho a relaciones afectivas y sexuales basadas en la equidad de género.
- La anticoncepción es un acto de responsabilidad con mi pareja y mi familia.

Por otro lado se fueron trabajando datos estadísticos contextualizados (Situación social de los adolescentes en el Ecuador) para generar momentáneamente reflexiones en torno a una problemática que es responsabilidad de toda la comunidad.

El festival tuvo una duración aproximada de 3 horas y la asistencia fluctuó entre 200 y 300 personas mayoritariamente jóvenes de los colegios, también asistieron personas que viven en la comunidad.

RESULTADOS.

Momento 3. *Evaluación de los cambios obtenidos.*

Para observar los cambios obtenidos, se aplicó la encuesta (la misma que se aplicó en el momento 1) a los mismos jóvenes de los colegios participantes. La muestra de 232 estudiantes se mantiene bajo las mismas condiciones institucionales.

Pregunta 1. <i>Cuando hablamos de sexualidad nos referimos a:</i>
--

Existe una variante de 3 puntos con la respuesta de inicio relaciones sexuales entre hombre y mujer, lo que indica que la sexualidad dentro de la percepción y el imaginario, se mantiene en la construcción social basada en los principios biológicos. En esta pregunta el porcentaje después de aplicar las estrategias de promoción de salud es de 59%.

Con respecto de las respuestas de que la sexualidad es prevención de enfermedades de transmisión sexual que se situó en el 19% de los jóvenes, esta disminuyó al 12%, significa que existe un cambio de la mirada de la sexualidad vinculada al ámbito de la enfermedad.

En la respuesta que hablar de sexualidad es hablar de relaciones afectivas de la pareja con el 16% hay un incremento al 21% lo que indica que a más de lo biológico se volvió este vinculante con el sentimiento y las emociones y se reconoce la sinergia entre afectividad y relación sexual.

Tabla 11. Comparativo pregunta 1.

Pregunta 1.		
CUANDO HABLAMOS DE SEXUALIDAD NOS REFERIMOS A:		
RESPUESTAS	MOMENTO 1 Medir la condición actual	MOMENTO 3 Evaluación de los cambios obtenidos
Relaciones sexuales entre un hombre y una mujer	62%	59%
Prevenir ETS	19%	12%
Relaciones afectivas de la pareja	16%	21%
Forma en cómo se viven los roles de padre y madre	2%	6%
Relaciones sexuales entre personas del mismo sexo	1%	2%
TOTAL	100%	100%

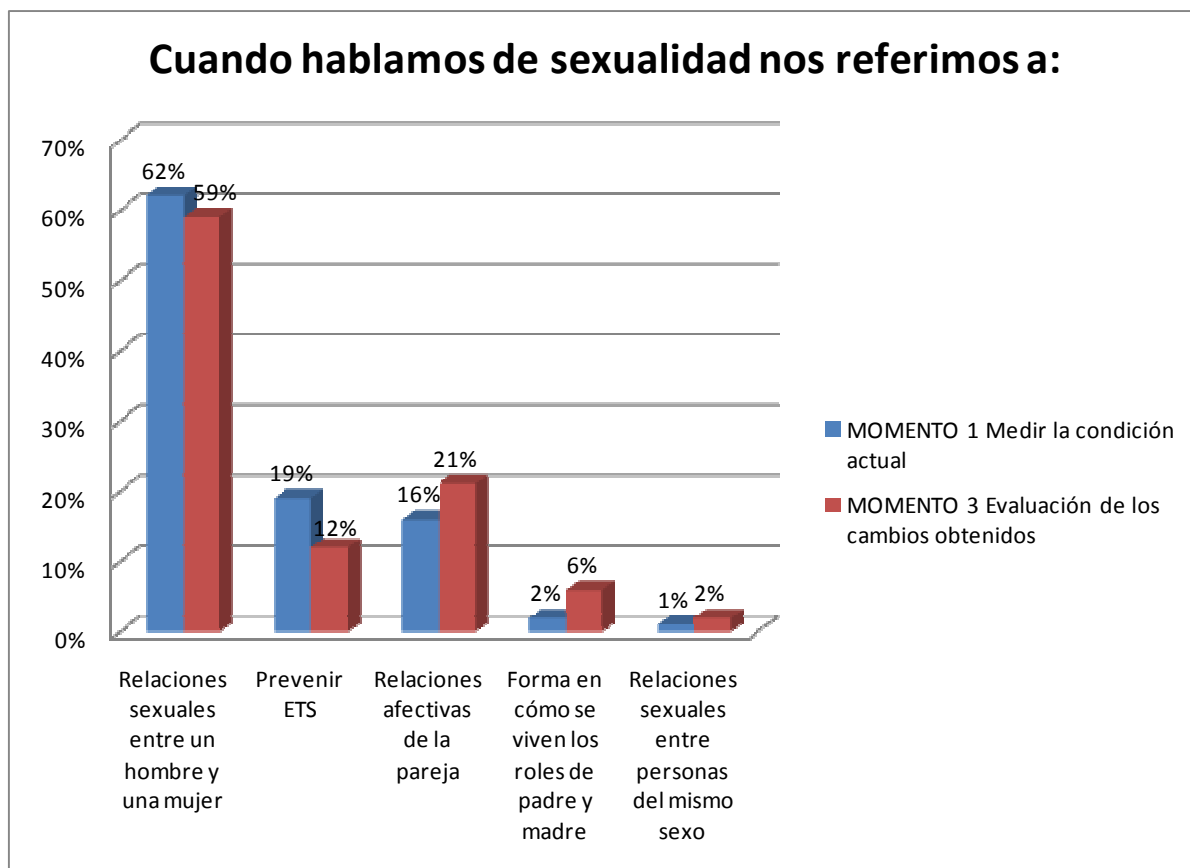
Elaboración: A. González.

Para la respuesta se la sexualidad como la forma en cómo se viven los roles de padre y madre que inicialmente se ubica en 2% sube al 6%, esto en la medida que se comprende que parte de la sexualidad tiene que ver con la paternidad y la maternidad.

En la opción de respuesta que se aproximó a 1% y menciona que la sexualidad comprende las relaciones sexuales de las personas del mismo sexo, se situó ahora, en el 2%.

Anteriormente se afirmó que existe un mínimo nivel de aceptación, sin embargo el incremento, más bien hace observar aun las resistencias culturales alrededor de otras opciones sexuales elegidas por otras poblaciones.

En el siguiente cuadro se puede observar los dos momentos de intervención:

Gráfico 6. Comparativo pregunta 1.

Elaboración: A. González.

Cómo se puede observar en el gráfico, existen diferencias en los momentos 1 (medir la condición actual) y 3 (evaluación de los cambios obtenidos), por lo que para encontrar el nivel de significancia de la variación entre los dos momentos debido a la aplicación de las estrategias de promoción de salud, se procede a realizar el análisis del chi cuadrado:

ANÁLISIS DEL CHI CUADRADO

CUANDO HABLAMOS DE SEXUALIDAD NOS REFERIMOS A RELACIONES SEXUALES :			
	Momentos		Total
	Antes	Después	
SI	144	136	280
NO	88	96	184
Total	232	232	464

X ² de Pearson	
	Momentos
Chi-cuadrado	0.58
gl.	1
Sig.	0.05*

*El percentil 95 de la distribución chi cuadrado con 1 grado de libertad es de 3,84

Siendo que el valor del Chi cuadrado obtenido es menor que el valor crítico (3,84) podemos aceptar la hipótesis con un nivel de significancia del 95%, es decir que **SI EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA** entre el primer momento del nivel de conocimiento de los adolescentes con respecto a la aplicación de las estrategias en promoción de salud, en relación a la respuesta de referirse a la sexualidad como **relaciones sexuales**.

Para el segundo grupo de respuestas analizamos bajo el mismo procedimiento:

ANÁLISIS DEL CHI CUADRADO

CUANDO HABLAMOS DE SEXUALIDAD NOS REFERIMOS A PREVENIR ETS :			
	Momentos		Total
	Antes	Después	
SI	44	28	280
NO	188	204	184
Total	232	232	464

X ² de Pearson	
	Momentos
Chi-cuadrado	4.21
gl.	1
Sig.	0.05*

*El percentil 95 de la distribución chi cuadrado con 1 grado de libertad es de 3,84

Siendo que el valor del Chi cuadrado obtenido es mayor que el valor crítico (3,84) podemos rechazar la hipótesis con un nivel de significancia del 95%, es decir que **NO EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA** entre el primer momento del nivel de conocimiento de los adolescentes con respecto a la aplicación de las estrategias en promoción de salud, en relación a la respuesta de referirse a la sexualidad como **enfermedades de transmisión sexual**.

Para el tercer grupo de respuestas, los valores son los siguientes:

ANÁLISIS DEL CHI CUADRADO

CUANDO HABLAMOS DE SEXUALIDAD NOS REFERIMOS A RELACIONES AFECTIVAS EN LA PAREJA:			
	Momentos		Total
	Antes	Después	
SI	16	21	37
NO	216	211	247
Total	232	232	464

X ² de Pearson	
	Momentos
Chi-cuadrado	0.73
gl.	1
Sig.	0.05*

*El percentil 95 de la distribución chi cuadrado con 1 grado de libertad es de 3,84

Siendo que el valor del Chi cuadrado obtenido es menor que el valor crítico (3,84) podemos aceptar la hipótesis con un nivel de significancia del 95%, es

decir que **SI EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA** entre el primer momento del nivel de conocimiento de los adolescentes con respecto a la aplicación de las estrategias en promoción de salud, en relación a la respuesta de referirse a la sexualidad como **relaciones afectivas de la pareja**.

Pregunta 2. Para evitar el embarazo es importante:

Inicialmente los jóvenes al responder utilizar métodos anticonceptivos respondieron en un 53.4% que es importante para evitar el embarazo, se mantiene con un porcentaje de 53%, Este porcentaje nos plantea la comprensión sobre el valor social del uso de los métodos, siendo éste vinculante con una actitud positiva hacia la prevención del embarazo.

La segunda respuesta que hace referencia a un método específico de anticoncepción que es el uso del condón con el 24,13%, se mantiene con el 24%, lo que supone que a pesar de su universalización, existe resistencia para la comprensión de su uso, ello en la medida en la que entra en contradicción con las percepciones sobre la sexualidad al interior de las instituciones, en particular de la familia.

La respuestas abstención de las relaciones sexuales con el 12,5% se mantiene al 12% pero toma un giro la comprensión de las respuestas, en el primer momento se asoció al influjo de las instituciones religiosas que sostienen esta narrativa, y más bien sitúan como “*hay que esperar, y estar seguros de hacerlo bien*” (Henry, 16 años) es decir una suerte de moratoria con respecto del acto sexual asociado a un acto de responsabilidad.

Tabla 12. Comparativo pregunta 2.

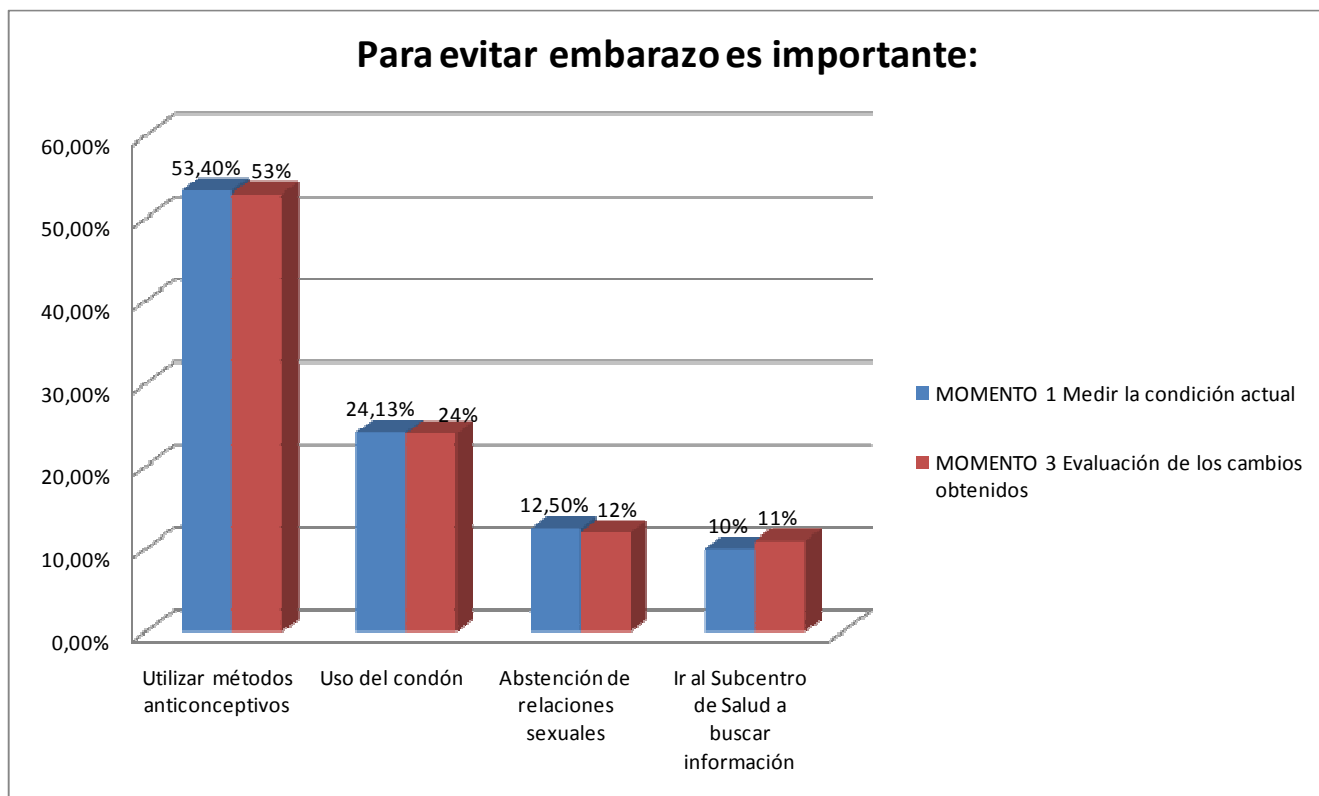
Pregunta 2.		
PARA EVITAR EMBARAZO ES IMPORTANTE		
RESPUESTAS	<u>MOMENTO 1</u> Medir la condición actual	<u>MOMENTO 3</u> Evaluación de los cambios obtenidos
Utilizar métodos anticonceptivos	53,40%	53%
Uso del condón	24,13%	24%
Abstención de relaciones sexuales	12,50%	12%
Ir al Subcentro de Salud a buscar información	10%	11%
TOTAL	100%	100%

Elaboración: A. González.

La respuesta que se ubicó inicialmente con el 10% que ir al subcentro de salud a buscar información es importante para evitar embarazos, sube al 11% ello en la medida que se logra comprender que la asesoría más adecuada en lo que respecta a la planificación y el cuidado de una vida sexual saludable es el subcentro de salud.

Sin embargo el factor limitante situado como el temor a la censura aún se mantiene, ello implica trabajar la confianza institucional.

Se puede observar las diferencias en las respuestas y los valores que se mantienen en la pregunta 2. Se puede observar que no hay variación en las respuestas. Y ello implica la inexistencia de otras alternativas o la poca posibilidad de la construcción de nuevas significaciones en torno a las opciones sociales para evitar el embarazo, y que adquieren un fuerte sentido subjetivo.

Gráfico 7. Comparativo pregunta 2.

Elaboración: A. González.

Pregunta 3. La responsabilidad del embarazo es:

En la encuesta inicial el 63,5% de encuestados mencionó que la responsabilidad es de la pareja en conjunto, este asciende al 65%, lo que indica que la comprensión sobre la corresponsabilidad entorno al embarazo está vinculado a la decisión mutua de la pareja por un lado, pero al mismo tiempo se comprende que el embarazo tiene que ser asumido bajo el espectro de la paternidad y maternidad responsables.

La respuesta dirigida a que la mujer es responsable del embarazo, disminuye del 17% al 14% lo que implica un cambio de mirada con respecto de la relación género-sexualidad.

Lo que persiste a pesar de la disminución en los porcentajes es el tema de la responsabilidad que implica el embarazo, es decir, es responsabilidad de la mujer el cuidado de su proceso de gestación, “*si se embarazó tiene que cuidarse*” (Laura, 15 años).

Es importante mencionar que la respuesta donde sitúa la responsabilidad de los hombres con el 13.3%, se mantiene al 13%, que refiere a la actitud del hombre con respecto de la actividad sexual que provoca el embarazo, marca un cambio también de sentido en esta marco de respuestas, es decir proponen que “*el hombre debe ser responsable y también prevenir*” (Carlos, 16 años), hace referencia a un cambio de actitud con respecto de las relaciones de género, prevenir es una decisión mutua, y se percibe una exigencia para que el hombre asuma esta responsabilidad.

Este cambio infiere también en apropiarse del cuidado y el acompañamiento del embarazo en su pareja, en caso de producirse.

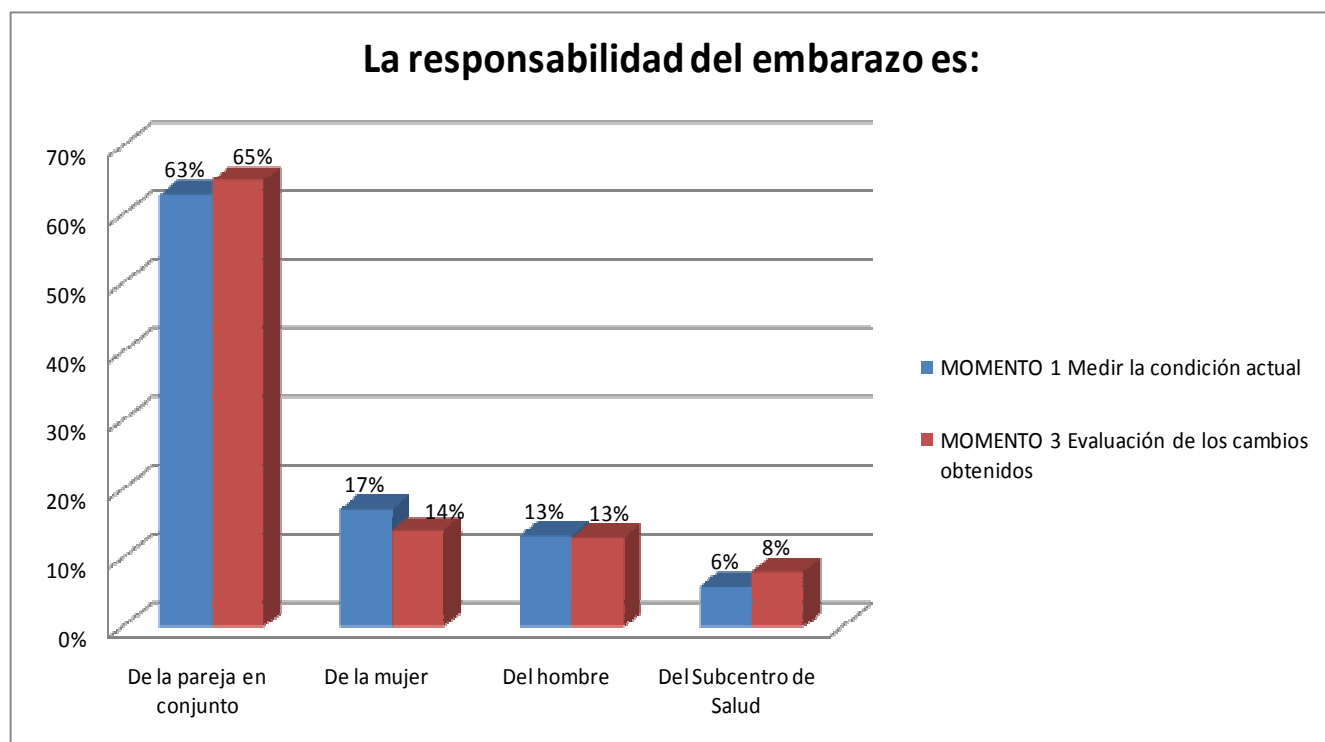
Tabla 13. Comparativo pregunta 3.

Pregunta 3.		
LA RESPONSABILIDAD DEL EMBARAZO ES:		
RESPUESTAS	<u>MOMENTO 1</u> Medir la condición actual	<u>MOMENTO 3</u> Evaluación de los cambios obtenidos
De la pareja en conjunto	63,00%	65,00%
De la mujer	17,20%	14,00%
Del hombre	13,30%	13,00%
Del Subcentro de Salud	6,00%	8,00%
TOTAL	100%	100%

Con respecto a la respuesta del 6% sobre el sistema de salud como responsable; el incremento fue del 8%, las respuestas tienen que ver dentro de la percepción de los y las adolescentes que el subcentro de salud es visto como un espacio donde existen programas de asistencia a la madre adolescente, de ahí la responsabilidad a la que hacen mención.

Por otro lado, la mirada de la responsabilidad del subcentro de salud, para los adolescentes, es proporcionar información para promover la prevención del embarazo, de ello, la importancia del subcentro de salud como el lugar de la adecuada información.

Gráfico 8. Comparativo pregunta 3.



Elaboración: A. González.

Como se observa en el gráfico, el primer grupo de respuestas luego de la aplicación de las estrategias de promoción de salud muestra una variación. Analizamos mediante el chi cuadrado para conocer el nivel de significancia de dicha variación:

ANÁLISIS DEL CHI CUADRADO

LA RESPONSABILIDAD DEL EMBARAZO ES DE LA PAREJA EN CONJUNTO:			
	Momentos		Total
	Antes	Después	
SI	146	151	297
NO	86	81	167
Total	232	232	464

X ² de Pearson	
	Momentos
Chi-cuadrado	0,23
gl.	1
Sig.	0.05*

*El percentil 95 de la distribución chi cuadrado con 1 grado de libertad es de 3,84

Siendo que el valor del Chi cuadrado obtenido es menor que el valor crítico (3,84) podemos aceptar la hipótesis con un nivel de significancia del 95%, es decir que SI EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA entre el primer momento del nivel de conocimiento de los adolescentes con respecto a la aplicación de las estrategias en promoción de salud, en relación a la respuesta de referirse a la **responsabilidad del embarazo es de la pareja en conjunto.**

Para el segundo grupo de respuestas donde se evidencia una variación, se procede a realizar el análisis:

ANÁLISIS DEL CHI CUADRADO

LA RESPONSABILIDAD DEL EMBARAZO ES DE LA MUJER:			
	Momentos		Total
	Antes	Después	
SI	38	32	70
NO	194	200	394
Total	232	232	464

X ² de Pearson	
	Momentos
Chi-cuadrado	0.61
gl.	1
Sig.	0.05*

*El percentil 95 de la distribución chi cuadrado con 1 grado de libertad es de 3,84

Siendo que el valor del Chi cuadrado obtenido es menor que el valor crítico (3,84) podemos aceptar la hipótesis con un nivel de significancia del 95%, es decir que **SI EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA** entre el primer momento del nivel de conocimiento de los adolescentes con respecto a la aplicación de las estrategias en promoción de salud, en relación a la respuesta de referirse a la **responsabilidad del embarazo es de la mujer.**

Pregunta 4. Causas para que se produzca el embarazo en adolescentes.

De los factores aglutinados inicialmente en el marco de las respuestas obtenidas, aquellas que estuvieron 66,5 % como factores que residen en la pareja, se incrementa al 70 %, significa que si bien es cierto existen otros factores de incidencia, la relación sexual es privativa y voluntaria de los jóvenes, y se asume que las parejas *“deben cuidarse si han decidido tener relaciones sexuales”* (Andrea, 16 años).

Con respecto al bloque que ubica, a la estructura y función familiar, el porcentaje inicial fue 13%, este se sitúa ahora en el 10%. Este valor puede ser analizado en función de que cuando existen conflictos al interior de la familia, los y las adolescentes perciben estos conflictos como causa para que se produzca el embarazo.

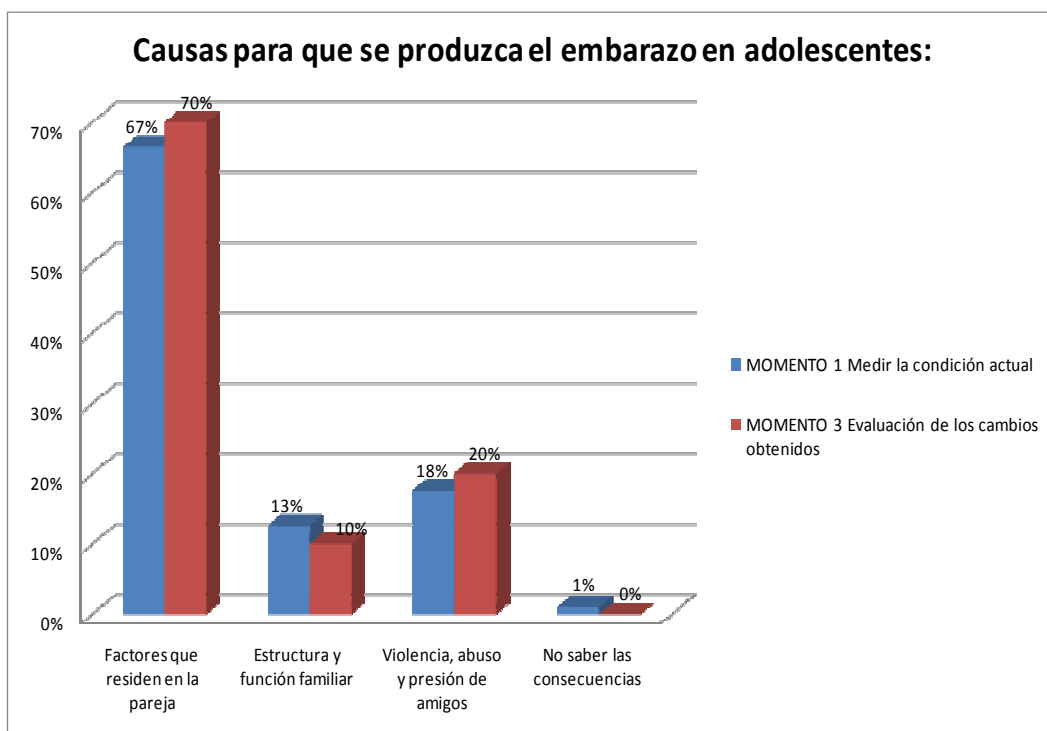
Pero este fenómeno se presenta por no obtener espacios de asesoría para mayor comprensión de los problemas familiares “no tenemos un lugar que nos ayuden cuando tenemos problemas” (Marisol, 17 años) según los encuestados. Ello asociaría que el embarazo es una forma de salir de la familia que le provoca el malestar y la conformación de su propia familia como posible alternativa para tener otro estilo de vida.

Tabla 14. Comparativo pregunta 4.

Pregunta 4.		
CAUSAS PARA QUE SE PRODUZCA EMBARAZO EN ADOLESCENTES:		
RESPUESTAS	MOMENTO 1 Medir la condición actual	MOMENTO 3 Evaluación de los cambios obtenidos
Factores que residen en la pareja	67%	70%
Estructura y función familiar	13%	10%
Violencia, abuso y presión de amigos	18%	20%
No saber las consecuencias	1%	0%
No responde	2%	0%
TOTAL	100%	100%

Elaboración: A. González.

La violencia, el abuso y la presión de los “amigos” que alcanzaron, 17.6% como causas de embarazo, sube al 20%, ello en la medida que se reconoce, que el deseo de pertenencia obliga a los jóvenes a tener relaciones sexuales como parte del rito de iniciación, “te presionan mucho, y cuando no haces caso te aíslan” (Marco, 15 años).

Gráfico 9. Comparativo pregunta 4.

El gráfico muestra variaciones entre el momento 1 y el momento 3 luego de aplicar las estrategias de promoción de salud, por lo que es necesario analizar el nivel de significación de dicha variación:

ANÁLISIS DEL CHI CUADRADO

CAUSAS PARA QUE SE PRODUZCA EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES: FACTORES QUE RESIDEN EN LA PAREJA:				
		Momentos		Total
		Antes	Después	
	SI	155	162	317
	NO	77	70	147
Total		232	232	464

X ² de Pearson	
	Momentos
Chi-cuadrado	0.49
gl.	1
Sig.	0.05*

*El percentil 95 de la distribución chi cuadrado con 1 grado de libertad es de 3,84

Siendo que el valor del Chi cuadrado obtenido es menor que el valor crítico (3,84) podemos aceptar la hipótesis nula con un nivel de significancia del 95%, es decir que **SI EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA** entre el primer momento del nivel de conocimiento de los adolescentes con respecto a la aplicación de las estrategias en promoción de salud, en relación a la respuesta de referirse a las **causas que producen embarazo en adolescentes debido a los factores que residen en la pareja.**

Para el siguiente grupo de respuestas, podemos observar que la diferencia significativa reside en la estructura y función familiar:

CAUSAS PARA QUE SE PRODUZCA EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES: ESTRUCTURA Y FUNCIÓN FAMILIAR			
	Momentos		Total
	Antes	Después	
SI	30	23	53
NO	202	209	411
Total	232	232	464

X ² de Pearson	
	Momentos
Chi-cuadrado	1.04
gl.	1
Sig.	0.05*

*El percentil 95 de la distribución chi cuadrado con 1 grado de libertad es de 3,84

Siendo que el valor del Chi cuadrado obtenido es menor que el valor crítico (3,84) podemos aceptar la hipótesis nula con un nivel de significancia del 95%, es decir que **SI EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA** entre el primer momento del nivel de conocimiento de los adolescentes con respecto a la aplicación de las estrategias en promoción de salud, en relación a la respuesta

de referirse a las **causas que producen embarazo en adolescentes debido a la estructura y función familiar.**

De igual manera, en el tercer grupo de respuestas las causas del embarazo las sitúan en la violencia, abuso y presión de amigos, de la siguiente forma:

ANÁLISIS DEL CHI CUADRADO

CAUSAS PARA QUE SE PRODUZCA EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES: VIOLENCIA, ABUSO Y PRESIÓN DE AMIGOS.			
	Momentos		Total
	Antes	Después	
SI	42	46	88
NO	190	186	376
Total	232	232	464

X ² de Pearson	
	Momentos
Chi-cuadrado	0.22
gl.	1
Sig.	0.05*

*El percentil 95 de la distribución chi cuadrado con 1 grado de libertad es de 3,84

Siendo que el valor del Chi cuadrado obtenido es menor que el valor crítico (3,84) podemos aceptar la hipótesis nula con un nivel de significancia del 95%, es decir que **SI EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA** entre el primer momento del nivel de conocimiento de los adolescentes con respecto a la aplicación de las estrategias en promoción de salud, en relación a la respuesta de referirse a las **causas que producen embarazo en adolescentes debido a la violencia, abuso y presión de amigos.**

Pregunta 5. Conocimiento de métodos anticonceptivos.

Con respecto de las frecuencias obtenidas inicialmente alrededor sobre el conocimiento de los métodos anticonceptivos, se mantienen en similares porcentajes, los porcentajes que son más representativos son: el condón que inicialmente el conocimiento se ubicaba en 34% y que al momento de la intervención tiene el 33%, las pastillas con un porcentaje de 12,5 que se mantiene al momento de la evaluación, y la inyección con un porcentaje de 12,5% que igualmente se mantiene.

Tabla 15. Comparativo pregunta 5.

Pregunta 5.		
CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:		
RESPUESTAS	MOMENTO 1 Medir la condición actual	MOMENTO 3 Evaluación de los cambios obtenidos
CONDÓN	34,0%	33,0%
INYECCIÓN	12,5%	12,5%
GEL ANTICONCEPTIVO	2,2%	2,2%
PASTILLAS	31,3%	32,0%
T DE COBRE	8,0%	6,0%
ASISTENCIA AL MÉDICO	0,5%	0,5%
CONDÓN VAGINAL	0,2%	0,2%
ABSTINENCIA	3,4%	3,4%
DROGAS	1,0%	1,0%
HIERBAS Y PLANTAS	4,8%	6,9%
LIGADURA	1,4%	1,6%
VASECTOMÍA	0,7%	0,7%
TOTAL	100,0%	100,0%

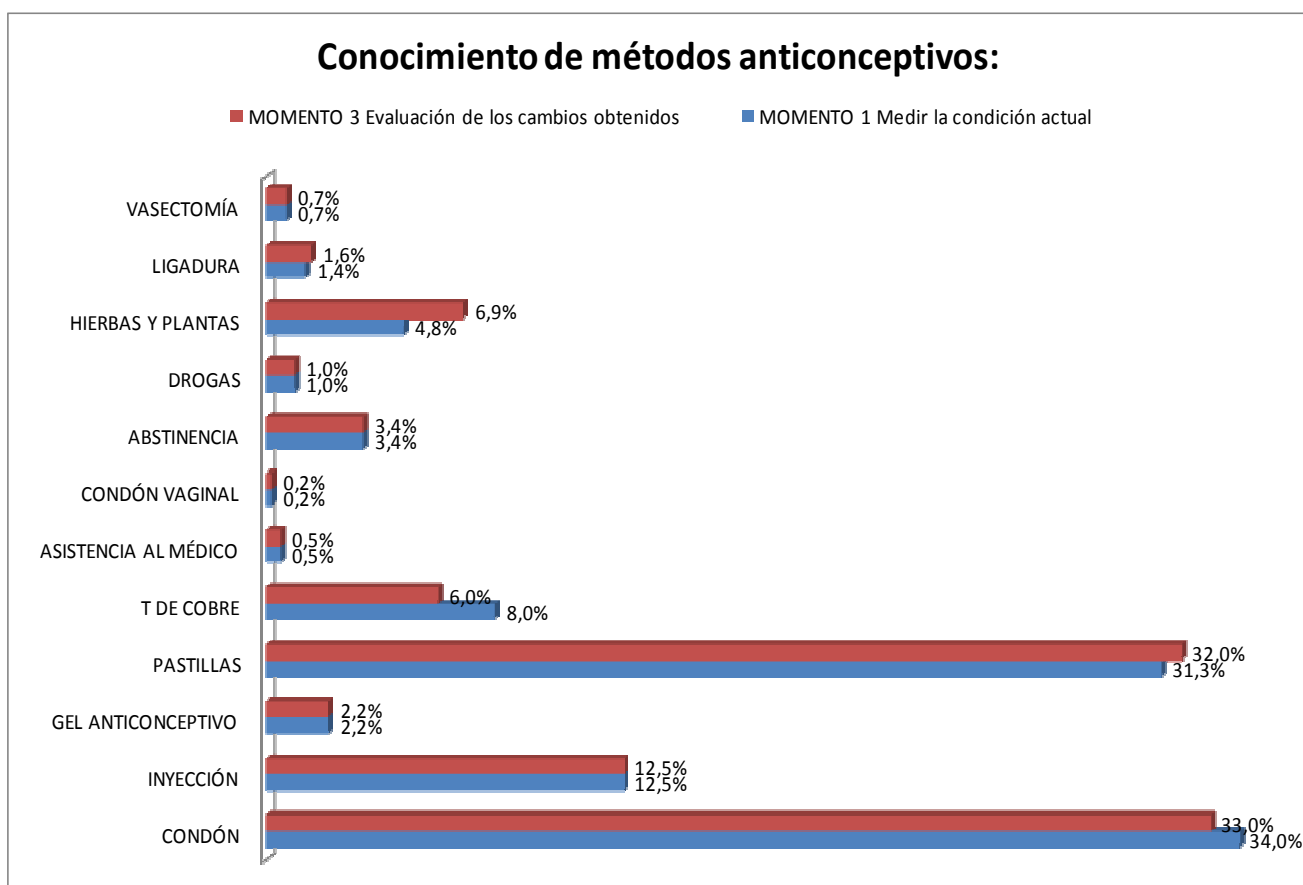
Elaboración: A. González.

Pero lo que afirman los jóvenes es lo avergonzante que implica sobre el acceso que tienen a los métodos anticonceptivos, *“cuando quise comprar condones en la farmacia me quedaron viendo con mala cara”* (Alfonso, 16 años), es necesario un cambio en la opinión pública para que la sexualidad de los jóvenes sea vista de otra manera.

Un porcentaje que sube es el de considerar a las hierbas y plantas como parte del conocimiento sobre métodos anticonceptivos, inicialmente el porcentaje fue de 4,8%, luego de la intervención sube al 6,9%.

Este dato pone en evidencia la circulación de un saber local sobre la anticoncepción y que va tomando importancia para las poblaciones, sin embargo ello también exigiría una investigación para observar la pertinencia en sus usos o determinar si existen o no riesgos en sus usos.

Gráfico 10. Comparativo pregunta 5.



Elaboración: A. González.

Como se puede observar en el gráfico, existen variaciones en el conocimiento de métodos anticonceptivos, aparece como respuesta el condón y las pastillas como el método más conocido; sin embargo existe una variación importante en las hierbas y plantas como parte de los métodos anticonceptivos, para analizar el nivel de significancia se procede a:

ANÁLISIS DEL CHI CUADRADO

CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: HIERBAS Y PLANTAS.			
	Momentos		Total
	Antes	Después	
SI	11	16	27
NO	221	216	437
Total	232	232	464

X ² de Pearson	
	Momentos
Chi-cuadrado	0.98
gl.	1
Sig.	0.05*

*El percentil 95 de la distribución chi cuadrado con 1 grado de libertad es de 3,84

Siendo que el valor del Chi cuadrado obtenido es menor que el valor crítico (3,84) podemos aceptar la hipótesis con un nivel de significancia del 95%, es decir que **SI EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA** entre el primer momento del nivel de conocimiento de los adolescentes con respecto a la aplicación de las estrategias en promoción de salud, en relación a la respuesta de referirse al **conocimiento de métodos anticonceptivos en lo que refiere a hierbas y plantas.**

Pregunta 6. *En qué lugar has recibido información sobre el uso de anticonceptivos.*

En la frecuencia de respuestas se mantiene la tendencia pero con variantes importantes, los jóvenes plantean que se reconozca el derecho a la información, *“tenemos derecho a una buena educación sexual”* (Laura, 15 años) y a *“que se nos atienda sin problemas”* (Javier, 14 años).

Tabla 16. Comparativo pregunta 6.

Pregunta 6.		
EN QUE LUGAR HAS RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:		
RESPUESTAS	MOMENTO 1 Medir la condición actual	MOMENTO 3 Evaluación de los cambios obtenidos
Junta Parroquial	0,7%	0,7%
En el colegio	29,8%	31,0%
Subcentro de salud	8,7%	10,0%
En la familia	22,6%	22,0%
Medios de comunicación	15,3%	11,3%
Amigos	22,9%	25,0%
TOTAL	100,0%	100,0%

Elaboración: A. González.

Sube el porcentaje en el colegio, inicialmente tenía 29,8%, pasa a un 31%, lo cual significa que en las instituciones educativas se incrementa el tiempo que se dedica a tratar temáticas relacionadas con la sexualidad.

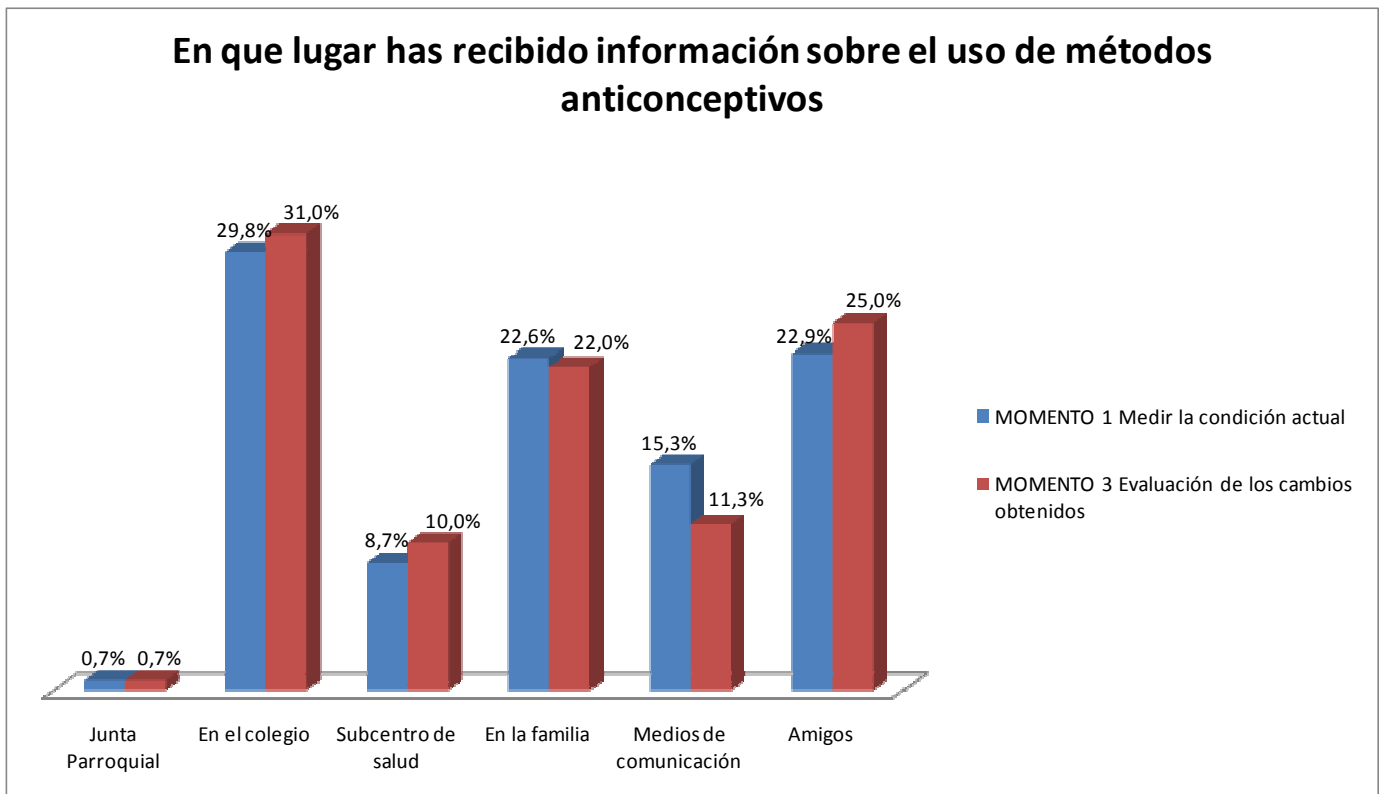
Sube además el porcentaje en el subcentro de salud, pasa de 8,7% a 10%, lo cual implica que el subcentro se está convirtiendo según la percepción de los adolescentes como un espacio “amigable” para brindar asesoría e información respecto a la sexualidad.

En la familia se mantiene el porcentaje. Baja la tendencia en los medios de comunicación, inicialmente 15,3% pasa a 11,3%. Otro incremento importante refiere a los amigos como el lugar donde se recibe información sobre métodos anticonceptivos, del 22,9% pasa al 25%.

Estos datos se vuelven importantes, en tanto ubicamos entonces en los pares y la familia el lugar de universalización de la información, lo que exige que el trabajo de educación e información sobre sexualidad tome en cuenta a la familia para un proceso integral de formación.

Con respecto de los medios de comunicación serán un lugar estratégico por su capacidad de sugerir comportamientos sociales pero al mismo tiempo de proponer nuevas mediaciones culturales.

Gráfico 11. Comparativo pregunta 6.



Elaboración: A. González.

El gráfico muestra variaciones respecto al lugar donde se recibe información sobre el uso de métodos anticonceptivos:

ANÁLISIS DEL CHI CUADRADO

LUGAR DONDE SE HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: EN EL COLEGIO.			
	Momentos		Total
	Antes	Después	
SI	69	72	141
NO	163	160	323
Total	232	232	464

X ² de Pearson	
	Momentos
Chi-cuadrado	0.09
gl.	1
Sig.	0.05*

*El percentil 95 de la distribución chi cuadrado con 1 grado de libertad es de 3,84

Siendo que el valor del Chi cuadrado obtenido es menor que el valor crítico (3,84) podemos aceptar la hipótesis con un nivel de significancia del 95%, es decir que **SI EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA** entre el primer momento del nivel de conocimiento de los adolescentes con respecto a la aplicación de las estrategias en promoción de salud, en relación a la respuesta de referirse al **colegio donde se recibe información sobre el uso de métodos anticonceptivos.**

ANÁLISIS DEL CHI CUADRADO

LUGAR DONDE SE HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: EN EL SUBCENTRO DE SALUD.			
	Momentos		Total
	Antes	Después	
SI	20	23	43
NO	212	209	421
Total	232	232	464

X ² de Pearson	
	Momentos
Chi-cuadrado	0.23
gl.	1
Sig.	0.05*

*El percentil 95 de la distribución chi cuadrado con 1 grado de libertad es de 3,84

Siendo que el valor del Chi cuadrado obtenido es menor que el valor crítico (3,84) podemos aceptar la hipótesis con un nivel de significancia del 95%, es decir que **SI EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA** entre el primer momento

del nivel de conocimiento de los adolescentes con respecto a la aplicación de las estrategias en promoción de salud, en relación a la respuesta de referirse al **subcentro de salud donde se recibe información sobre el uso de métodos anticonceptivos.**

Pregunta 7. *Cuando una persona (hombre o mujer) utiliza anticonceptivos es porque:*

La respuesta de mayor frecuencia que ubica al uso de métodos anticonceptivos como responsabilidad (67,4%), se incremento al 70% ello implica una comprensión que la sexualidad y las relaciones sexuales deben ser vistas como una co-responsabilidad, *“así uno se cuida y le cuida también a la pareja”* (Hugo, 17 años).

Otro porcentaje que varía es la respuesta de que la utilización de anticonceptivos implica que la persona (hombre o mujer) tiene varias parejas.

Tabla 17. Comparativo pregunta 7.

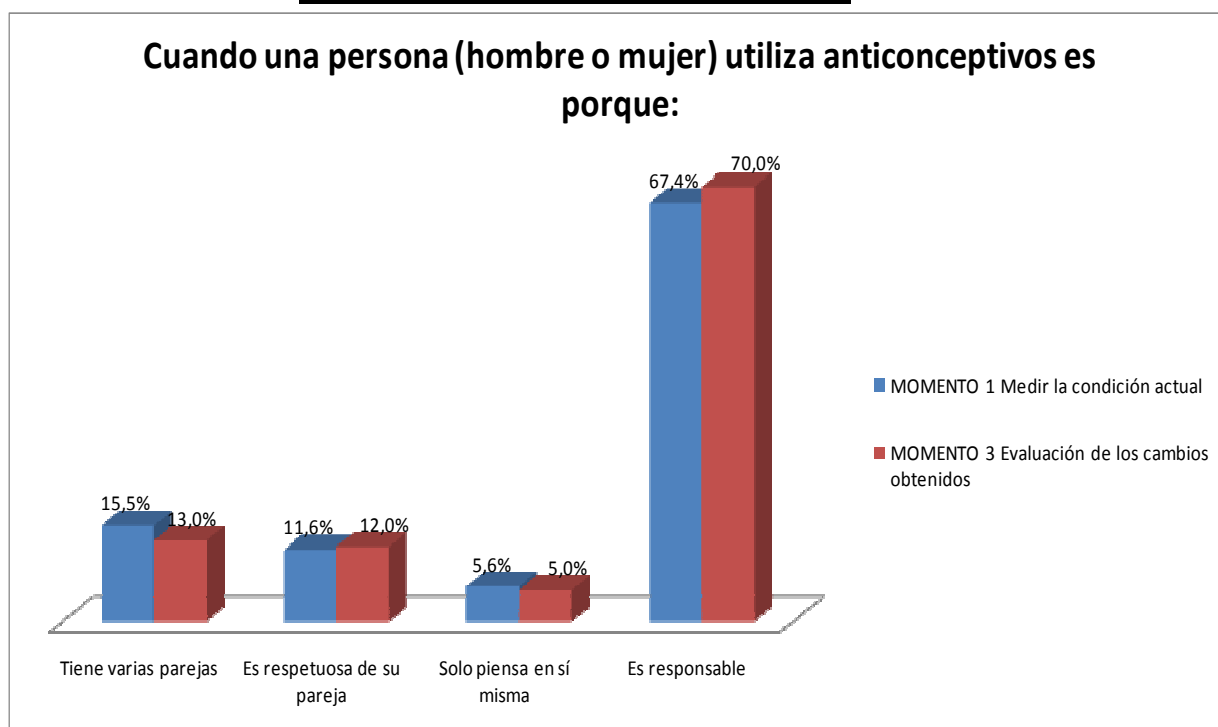
Pregunta 7.		
CUANDO UNA PERSONA (HOMBRE O MUJER) UTILIZA ANTICONCEPTIVOS ES PORQUE:		
RESPUESTAS	MOMENTO 1 Medir la condición actual	MOMENTO 3 Evaluación de los cambios obtenidos
Tiene varias parejas	15,5%	13,0%
Es respetuosa de su pareja	11,6%	12,0%
Solo piensa en sí misma	5,6%	5,0%
Es responsable	67,4%	70,0%
TOTAL	100,1%	100,0%

Elaboración: A. González.

La frecuencia situada con el (15,5%), disminuye al 13% y que relaciona al uso de anticonceptivos con la posibilidad de tener varias parejas

sexuales, se plantea en el marco de “*si uno quiere tener varias experiencias también debe cuidarse*” (Martín, 17 años), es decir, se observó como un derecho pero responsable.

Gráfico 12. Comparativo pregunta 7.



Una de las variaciones importantes refiere a la disminución del porcentaje en la percepción sobre el uso de métodos anticonceptivos, donde se relaciona el uso de los métodos anticonceptivos a tener varias parejas; para conocer si esta disminución es significativa, analizamos:

ANÁLISIS DEL CHI CUADRADO

CUANDO UNA PERSONA UTILIZA ANTICONCEPTIVOS ES PORQUE: TIENE VARIAS PAREJAS.				
		Momentos		Total
		Antes	Después	
SI		36	30	66
NO		196	202	398
Total		232	232	464

X ² de Pearson	
	Momentos
Chi-cuadrado	0.64
gl.	1
Sig.	0.05*

*El percentil 95 de la distribución chi cuadrado con 1 grado de libertad es de 3,84

Siendo que el valor del Chi cuadrado obtenido es menor que el valor crítico (3,84) podemos aceptar la hipótesis con un nivel de significancia del 95%, es decir que **SI EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA** entre el primer momento del nivel de conocimiento de los adolescentes con respecto a la aplicación de las estrategias en promoción de salud, en relación a la respuesta que **el uso de métodos anticonceptivos es porque se tiene varias parejas**. Se evidencia un cambio positivo y significativo de la percepción de los adolescentes.

Por otro lado, la variación después de la aplicación de las estrategias refiere a la responsabilidad, por lo que se procede a medir el nivel de significación de dichas respuestas en los dos momentos:

ANÁLISIS DEL CHI CUADRADO

CUANDO HABLAMOS DE SEXUALIDAD NOS REFERIMOS A RELACIONES SEXUALES :			
	Momentos		Total
	Antes	Después	
SI	156	162	318
NO	76	70	146
Total	232	232	464

X ² de Pearson	
	Momentos
Chi-cuadrado	0.36
gl.	1
Sig.	0.05*

*El percentil 95 de la distribución chi cuadrado con 1 grado de libertad es de 3,84

Siendo que el valor del Chi cuadrado obtenido es menor que el valor crítico (3,84) podemos aceptar la hipótesis con un nivel de significancia del 95%, es decir que **SI EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA** entre el primer momento del nivel de conocimiento de los adolescentes con respecto a la aplicación de las estrategias en promoción de salud, en relación a la respuesta que **el uso de métodos anticonceptivos refiere a la responsabilidad**. De la misma manera, se evidencia un cambio positivo y significativo de la percepción de los adolescentes.

Pregunta 8. Qué entiendes tú por anticoncepción.

Con relación a las unidades de respuestas obtenidas inicialmente sobre como entienden la anticoncepción, vemos que las frecuencias de respuestas que muestran que la anticoncepción tienen relación a la **PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES VENEREAS** (88,8%), y **EVITAR ENFERMEDADES** (92,2%), disminuyen notablemente al 60% y 70% respectivamente, es decir la anticoncepción desde su percepción incluiría también prevenir enfermedades, pero no se habla exclusivamente como anticoncepción a la prevención de enfermedades, *“decido estar con mi novio, pero si él está enfermo y me protejo no me contagio, pero tampoco me embarazo” (Karla, 16 años).*

Tabla 18. Comparativo pregunta 8.

Pregunta 8.		
QUE ENTIENDES TU POR ANTICONCEPCIÓN		
RESPUESTAS	MOMENTO 1 Medir la condición actual	MOMENTO 3 Evaluación de los cambios obtenidos
Evitar enfermedades	92%	70%
Prevención de enfermedades venéreas	88.8%	60%
Métodos para no quedarse embarazada	84%	91%
Cuando no quieren tener hijos	97%	95%
Comprar pastillas e inyecciones	75%	91%
Antes de concebir a alguien	63%	
Seguridad de lo que haces con tu pareja	3%	70%

Elaboración: A. González.

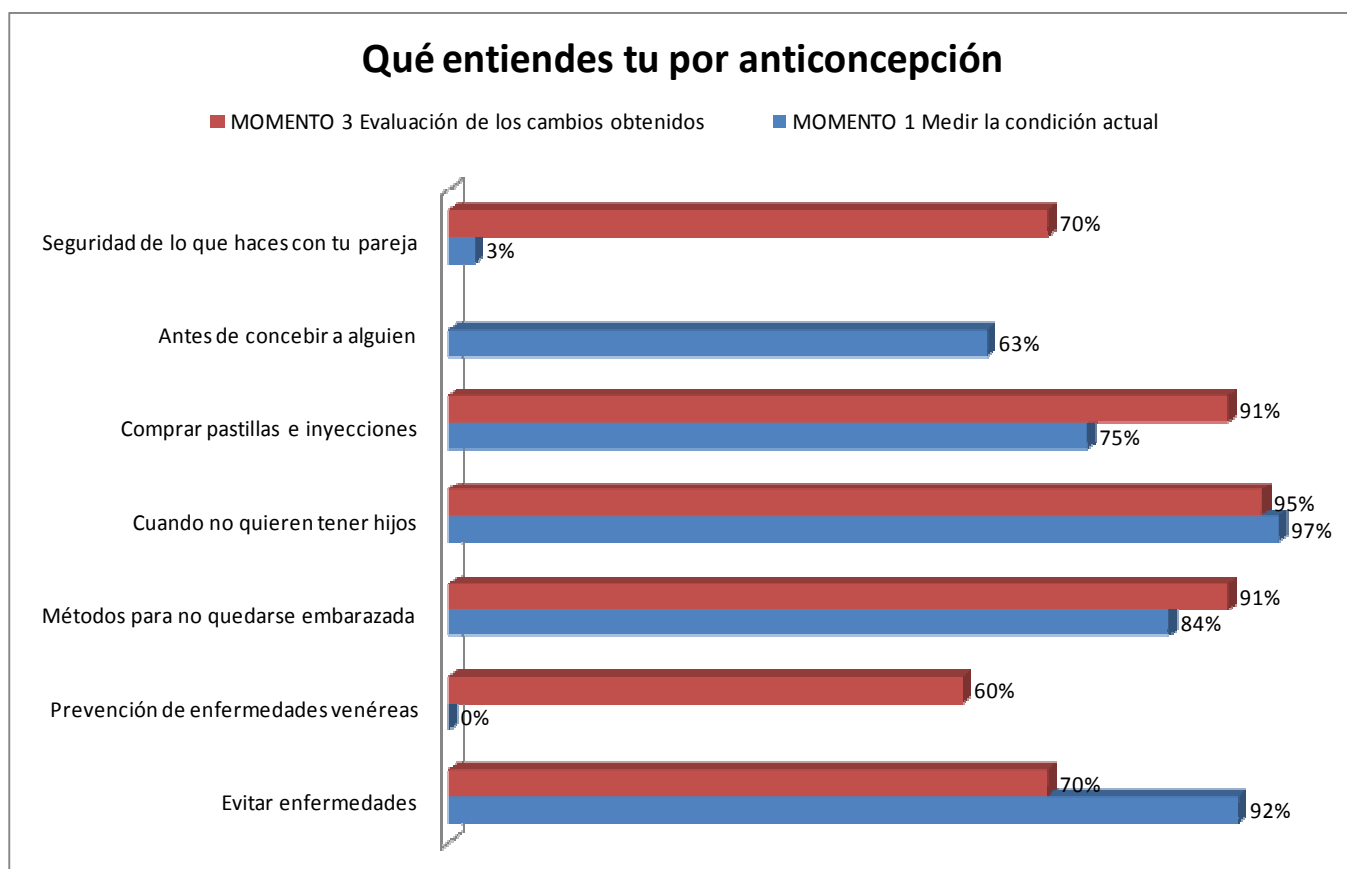
En la segunda unidad de respuestas, que se encontraba concordante al uso de los métodos anticonceptivos y a su función, no varía pero se concentra por sobre todo en la respuesta de ser **MÉTODOS PARA NO QUEDARSE EMBARAZADA** (84,1%) se incrementa al (91%), y **CUANDO NO QUIEREN TENER HIJOS** (97,0%) varía al (95%) y **ES COMPRAR PASTILLAS E INYECCIONES** (74,6%), sube al (91%); este bloque de respuestas se inscribe en el conocimiento previo situado anteriormente, la variante se presenta en el discurso de los jóvenes, *“embarazarse debe ser una decisión de la pareja” (Joaquín, 16 años)* y *“hay que cuidarse para luego no tener problemas” (Fernando, 17 años)*.

Supone en las respuestas que la anticoncepción como a la situación no voluntaria de tener hijos, es mirada como a la acción de prevenir el embarazo.

En la cuarta unidad situada, se presenta como opción para la anticoncepción la **SEGURIDAD DE LO QUE HACES CON TU PAREJA** con el (3,0%) se incrementa notablemente al 70%, y que se vincula al

cuidado del cuerpo, como cuidado mutuo, ligado a la afectividad “*si uno quiere a alguien debe cuidarse y cuidarle a la pareja*” y *embarazarse debe ser una decisión de los dos*” (Miriam, 16 años). Esta es la respuesta destacable en este caso, la variación es drástica.

Gráfico 13. Comparativo pregunta 8.



Estas unidades de análisis lograron situar varias concepciones con respecto de la anticoncepción, y pone en evidencia que las distintas miradas culturales sobre ella han entrado en diálogo con el campo científico. Y dependiendo de la estrategia didáctica o del lugar donde se construye su discurso incide en un cambio cognitivo sobre la sexualidad y la anticoncepción.

Cómo se observa en el gráfico 8, existe una variación en las respuestas en el conocimiento sobre anticoncepción, para analizar el grado de variación se procede a realizar el análisis del chi cuadrado:

ANÁLISIS DEL CHI CUADRADO

QUE ENTIENDES TU POR ANTICONCEPCIÓN: EVITAR ENFERMEDADES,			
	Momentos		Total
	Antes	Después	
SI	213	162	375
NO	19	70	89
Total	232	232	464

X ² de Pearson	
	Momentos
Chi-cuadrado	36.16
gl.	1
Sig.	0.05*

*El percentil 95 de la distribución chi cuadrado con 1 grado de libertad es de 3,84

Siendo que el valor del Chi cuadrado obtenido es mayor que el valor crítico (3,84) podemos rechazar la hipótesis con un nivel de significancia del 95%, es decir que **NO EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA** entre el primer momento del nivel de conocimiento de los adolescentes con respecto a la aplicación de las estrategias en promoción de salud, en relación a la respuesta de referirse al **conocimiento sobre anticoncepción**.

Pregunta 9. Qué temas han tratado en tu colegio sobre sexualidad

Al respecto las frecuencias dan cuenta de la experiencia previa de los estudiantes con respecto de la educación sexual, se mantiene la tendencia con algunas variantes.

Tabla 19. Comparativo pregunta 9.

Pregunta 9.		
QUE TEMAS HAN TRATADO EN TU COLEGIO SOBRE SEXUALIDAD		
RESPUESTAS	<u>MOMENTO 1</u>	<u>MOMENTO 3</u>
	Medir la condición actual	Evaluación de los cambios obtenidos
Métodos anticonceptivos	55%	55%
ETS	53%	53%
SIDA	34%	35%
Embarazo en adolescentes	22%	35%
Prohibición de tener relaciones sexuales	45%	50%
Aborto	22%	22%
Sexualidad	16%	16%

Elaboración: A. González.

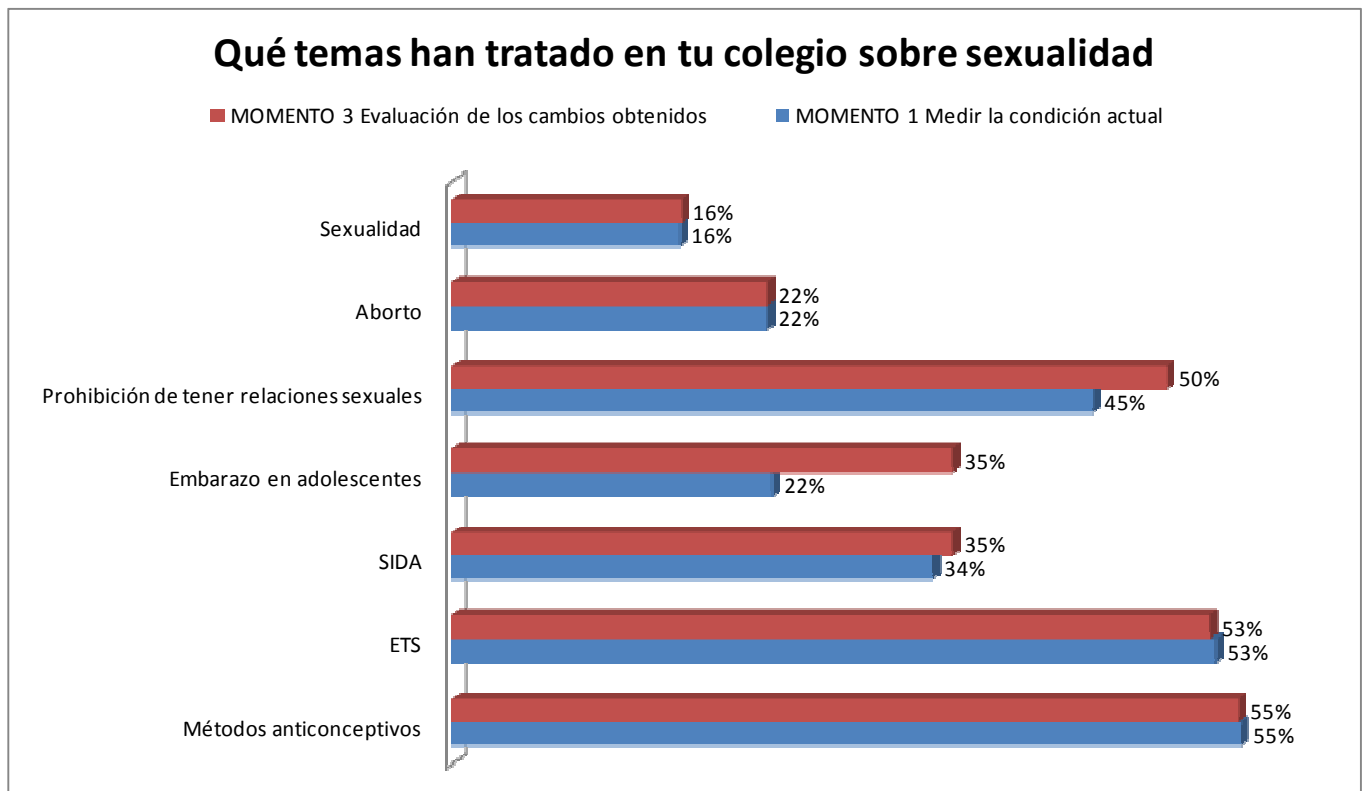
Se mantiene la tendencia a tratar temas que tienen que ver con temas sobre métodos anticonceptivos, lo que refleja el 55% en el antes y después. De igual manera temas de ETS se mantiene con 53%.

El tema sobre embarazo en adolescentes incrementa de 22% al 35%, ello se debe a que se hace perceptible y consciente que se ha convertido el tema en un emergente social y es una preocupación no solamente institucional sino que es un problema cotidiano y cercano, al que tienen que enfrentarse todas las poblaciones.

Precisamente el tema del embarazo adolescente fue uno de los temas que se trabajó en el proceso de intervención, evidenciando de esa

manera la incidencia de las estrategias implementadas y que generaron un cambio en las percepciones de los adolescentes.

Gráfico 14. Comparativo pregunta 9



Pregunta 10. Qué temas te gustaría que se aborde en tu colegio sobre sexualidad

Las temáticas propuestas no varían notablemente de la frecuencia inicial, sin embargo se menciona que es “la forma como tratan los temas no llama la atención”, (Alfredo, 16 años) “no usan materiales que nos guste”, (Tania, 14 años) “deberían hacer cosas más plenas como el festival” (Teresa, 15 años). Existe entonces una exigencia sobre los enfoques y las metodologías.

Tabla 20. Comparativo pregunta 10.

QUE TEMAS TE GUSTARÍA QUE SE ABORDE EN TU COLEGIO SOBRE SEXUALIDAD		
RESPUESTAS	MOMENTO 1	MOMENTO 3
	Medir la condición actual	Evaluación de los cambios obtenidos
Métodos anticonceptivos	55%	55%
ETS	53%	54%
SIDA	34%	34%
Embarazo en adolescentes	22%	20%
Sexualidad humana	16%	40%
Prevención no prohibición		70%

Elaboración: A. González.

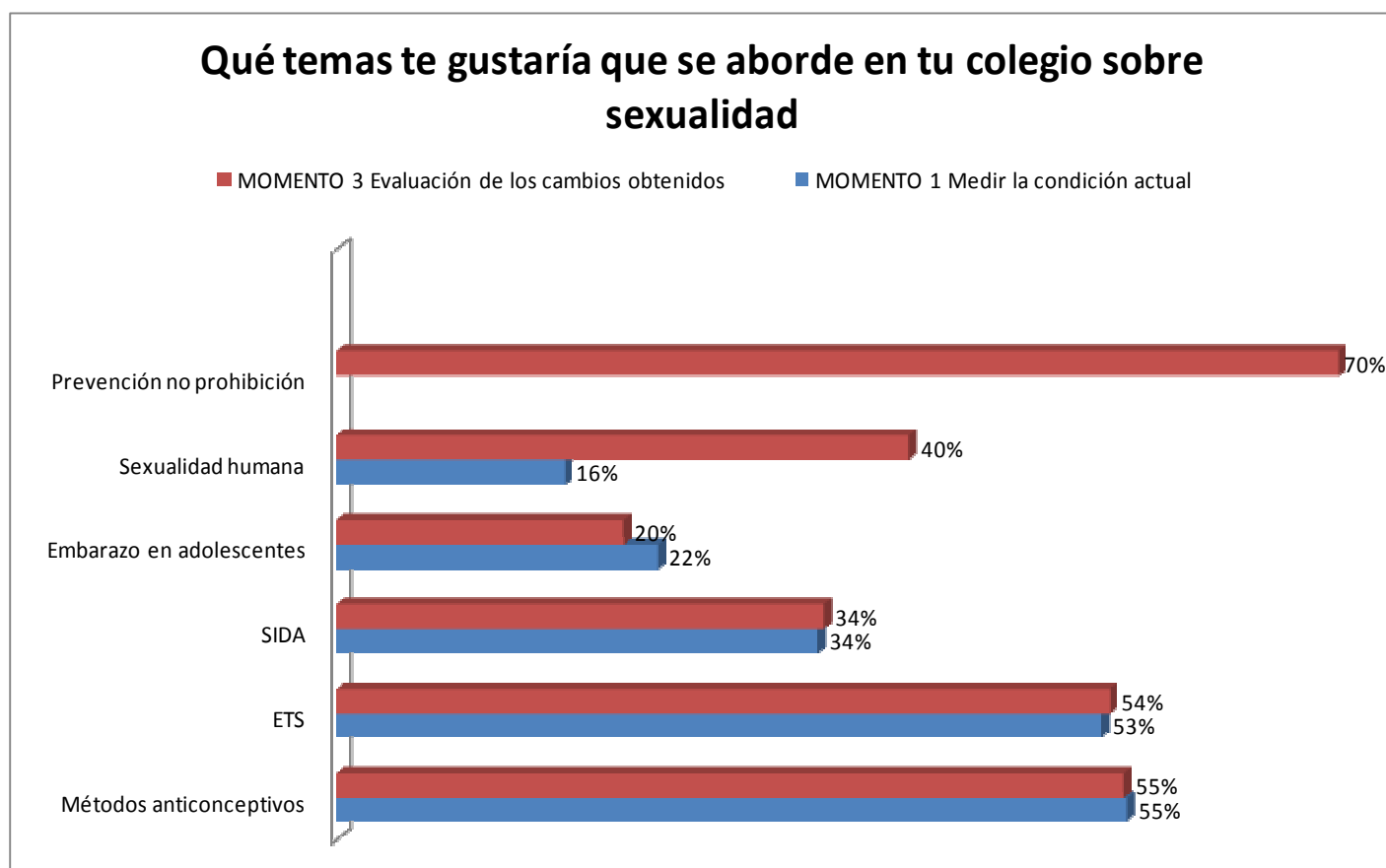
Se observa que sigue existiendo la relación entre los temas que abordan en el colegio (pregunta 9) con los temas que los adolescentes quieren recibir (pregunta 10), los temas son de interés, lo que se cuestiona son los argumentos que se exhiben en sus contenidos.

Llama la atención un porcentaje importante 70% que refieren a que se hable de prevención no de prohibición. Se asocia que la prohibición está relacionada con la mirada de la sexualidad como algo “malo”, entonces cuando se habla sobre el tema, o de acuerdo a las experiencias aparece una contradicción, se aborda la sexualidad para que los jóvenes, más

que asumir una actitud responsable frente a la sexualidad, este sea el mecanismo para su abstención. *“hay que enseñarles los peligros de la sexualidad para que no tengan relaciones sexuales”* (Vocal de la junta parroquial).

La exigencia por lo tanto de los jóvenes es que el abordaje de la sexualidad sea más bien desde una actitud crítica, y no desde el miedo y la culpa.

Gráfico 15. Comparativo pregunta 10.



IX. Discusión

La percepción cultural de los y las jóvenes sobre anticoncepción obedece al discurso de las instituciones: familia, escuela, colegio, iglesia, medios de comunicación mediadas por la cultura y las relaciones sociales que se manifiesta en un modelo de causalidad (causa-efecto); y que tiene relación a la universalización del modelo bio-médico de explicación de la sexualidad y la anticoncepción como parte de la sexualidad y que podría expresarse en la “lógica” siguiente: tiene relaciones sexuales-te embarazas, en consecuencia: si no tiene relaciones sexuales- no te embarazas.

Precisamente esta relación refiere a la comprensión sobre sexualidad, desde la concepción reproductiva, el uso de métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual, ello por las pre-concepciones obtenidas en el proceso de socialización mediadas por un discurso que se encuentra al interior de las instituciones incluso la familia y que son aquellos constructos que definirán aparentemente la mirada sobre la anticoncepción, donde predomina la percepción de anticoncepción como interrupción del embarazo y/o su prevención con el uso de métodos anticonceptivos.

Por lo que se somete a una forma reduccionista de mirar la anticoncepción y que no toma en cuenta otros elementos culturales que serían vinculantes al tema, como por ejemplo: las relaciones de género, las relaciones familiares, institucionales y comunitarias.

La anticoncepción tiene un influjo de múltiples miradas culturales donde la más usual es la relacionada con la interrupción del embarazo. Lo que proyecta que las experiencias cotidianas de los jóvenes relacionadas a la sexualidad con el bienestar, el enamoramiento, las relaciones de pareja, las relaciones de pares, relaciones comunitarias, familiares e institucionales que no están consideradas como parte importante del proceso de construcción una nueva percepción de la anticoncepción que esté sobre la base de los acuerdos de la pareja en la vivencia de su sexualidad.

De hecho estos ámbitos se ven vinculados al terreno del embarazo pero en su forma de conflicto, cuando se localiza como las causas más frecuente problemas familiares, irresponsabilidad de los jóvenes, donde el peso del comportamiento inadecuado recae en la sexualidad de la mujer. De ahí la importancia que cobra el abordaje y la comprensión de los espacios de socialización de los jóvenes para comprender que la trama de la sexualidad no está des-alejada de las relaciones sociales y los aprendizajes que estas producen en los sujetos. Como estos escenarios demarcan el comportamiento en las relaciones afectivas, que son el lugar previo donde se vivencia o se produce la relación sexual.

La forma en que las instituciones educativas abordan el tema de la sexualidad con los adolescentes, genera su resistencia, porque descontextualizan la sexualidad, la despojan de las significaciones para reducirla al ámbito de la función reproductora y donde cobra sentido, hablar de métodos anticonceptivos.

La paradoja entorno a la pedagogía de la sexualidad, está relacionada con el atributo de la institución educativa como el único lugar donde se produce el aprendizaje y se busca como único mecanismo de producir un comportamiento políticamente correcto de los jóvenes a través de la didáctica de la sexualidad y allí encuentran el mecanismo de evitar su abordaje, no existen materiales, y se legitima el silenciamiento de la sexualidad.

Supone en este plano institucional, la oficialidad del discurso de la sexualidad ahora se encuentra ligado al discurso de la salud, aunque más bien, el sistema de salud lejos de construir un discurso para el bienestar, también –y con mayor razón- reduce su quehacer institucional al plano bio-médico, aunque con una ligera ventaja sobre la institución educativa, ella regenta el acceso a la información sobre el uso correcto de los métodos anticonceptivos, tiene el saber para direccionar un buen embarazo, sin embargo es una institución alejada del tejido social, sigue siendo el lugar de la cura. Y ello se pone en evidencia pues el Subcentro de Salud de la parroquia no trabaja en los colegios

de la zona ni con los adolescentes. Lo que provoca que ellos no puedan acceder a una información más adecuada, en apariencia con menos prejuicios.

Esto dificulta ir implementando nuevos procesos de promoción y prevención sobre el embarazo en adolescentes que considere el valor cultural que tiene la sexualidad para los jóvenes.

Las dos instituciones reproducen dos modelos que no permiten construir nuevos discursos con respecto de la sexualidad y la anticoncepción: 1) propuesta pedagógica que no permite crear espacios de reflexión sobre la sexualidad y la anticoncepción, pues el discurso es unidireccional, y no permite la participación de los y las jóvenes y 2) la reproducción del modelo bio-médico para la enseñanza de la sexualidad y la anticoncepción, como la única y legítima forma de explicar la sexualidad.

De ahí la importancia de estas otras formas para ir construyendo los discursos sobre la sexualidad y la anticoncepción.

Por otro lado la promoción de salud entorno a la sexualidad debe tomar en cuenta lo anteriormente dicho, para que las propuestas enunciadas en la Carta de Ottawa logren mayor efectividad; pues tomando en cuenta la mirada de los jóvenes entorno a la sexualidad y la anticoncepción se generaron las “medidas destinadas a modificar actitudes, conductas y comportamientos”, ello vislumbrado como el eje transversal del estudio que se fortalece con la comprensión de la sexualidad desde el campo de la cultura. Y bajo la mirada de la investigación cualitativa.

El hecho de plantearse una metodología que permite la participación de los adolescentes, en el escenario de la sensibilización, permite una deconstrucción de las preconcepciones de la sexualidad y la anticoncepción.

Lo que desemboca en la desinstitucionalización de la pedagogía de la sexualidad, sacarla del ámbito institucional para ubicarla en el espacio de lo público, vincularla al arte y provocar el Festival por la Vida, espacio destinado

para crear opinión pública y posicionamiento de la nueva forma de mirar la sexualidad en los adolescentes.

Donde se muestra que los adolescentes incorporaron a su conocimiento otros aspectos que no estaban contemplados en el ámbito de la conflictividad sino en la construcción de relaciones saludables basadas en las relaciones afectivas y enamoramiento co-responsables, atravesadas por las relaciones equitativas de género donde la anticoncepción es una forma de planificar responsablemente el embarazo y que permite vivir una sexualidad saludable.

X. Conclusiones

Después del proceso de análisis de los resultados se concluye lo siguiente:

- **Comprensión sobre la sexualidad.-** Se puede observar que con el enfoque de trabajo sobre la sexualidad que contemple los aspectos culturales, se aporta para que el modelo bio-médico que es el más utilizado en los procesos educativos para abordar la sexualidad, se innove y permita cambios cognitivos con respecto de las significaciones de la sexualidad, esta se la mire de una forma más integral, y aporte en la definición de la sexualidad no únicamente como relaciones sexuales entre el hombre y la mujer, y no se reduzca su abordaje únicamente a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- **La percepción sobre la anticoncepción** que radicaba en la relación prohibición de la relación sexual con la interrupción del embarazo, otra percepción tiene que ver con la relación sexual y la prevención de enfermedades de transmisión sexual y finalmente la anticoncepción vista desde el uso de métodos anticonceptivos, se logra en el proceso integrar estas miradas en la que incluye la base del cambio de la anticoncepción la transformación de las relaciones de género.
- **Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.-** Inicialmente, el método situado con mayor frecuencia por los jóvenes es el uso del condón y el uso de pastillas anticonceptivas, y que mencionan conocer otros métodos, se inscribe luego del proceso en usos y comprensiones sociales atravesadas ahora por el concepto de responsabilidad social, la responsabilidad entendida desde el plano de las decisiones mutuas, de la prevención y la vivencia saludable de la sexualidad.
- **Responsabilidad y embarazo.-** reflejo de una nueva comprensión sobre la sexualidad y el uso de métodos, aunque en forma inicial en el discurso de los jóvenes aún se encontraron dos posiciones antagónicas: la una que refleja las inequidades de género con respecto del embarazo, en donde se responsabiliza a la mujer, y una segunda posición, que menciona la corresponsabilidad del embarazo en la pareja, luego del

proceso se inclino mayoritariamente hacia la corresponsabilidad, el abordaje sobre el género se vuelve relevante para el cambio de las percepciones culturales.

Es importante mencionar que mayoritariamente la percepción sobre el uso de anticonceptivos refleja un acto de responsabilidad según los jóvenes; sin embargo existen miradas que sitúan el uso del método anticonceptivo a partir de una sanción moral y se asocia con comportamientos que inducen a la promiscuidad.

- **Causas del embarazo.**- se situaron desde los jóvenes las siguientes causas, jerarquizadas de la siguiente manera: en primer lugar la responsabilidad en la pareja, la segunda que ubica al contexto y conflictos familiares como la causa que provoca el embarazo; y una tercera causa por presión de los pares (presión social), el reconocimiento de algunas prácticas socio-culturales propia de los jóvenes en su nuevo momento cultural, les permitió comprender que no toda practica cultural les genera bienestar, se hace inminente ir construyendo otras normativas o acuerdos culturales entre los jóvenes para ir superando las situaciones de riesgo que ello implica, don respecto del embarazo.
- **El acceso a información** respecto la sexualidad y la anticoncepción permite analizar que a pesar de que hay acceso a la información; muchos de los temas propuestos por los jóvenes evidencian la reproducción de las relaciones inequitativas de género, donde posiblemente se represente las situaciones de riesgo con respecto del embarazo, por sobre todo en poblaciones que podríamos considerar como vulnerables como es el caso de las jóvenes mujeres.

El lugar en que los jóvenes ubican como la primera fuente de información sobre sexualidad, es el colegio, pero es la familia y los amigos, los que aparecen como lugares donde también obtienen información.

Lo relevante de este proceso es la comprensión que el lugar mas adecuado para la información confiable es el subcentro de salud, se hace imprescindible ir construyendo un nivel de confianza entre los jóvenes y el personal del subcentro, para superar lo avergonzante que resulta el derecho a la información sobre sexualidad.

- **Los contenidos y metodologías** propuestos por las instituciones educativas son sentidas por los jóvenes como lejanos a su realidad y experiencia vital. Los contenidos son cumplidos desde la obligatoriedad institucional y no como un mecanismo para el crecimiento y desarrollo de los jóvenes.

Los jóvenes hombres y mujeres reconocen el derecho a la educación sexual, pero exigen una innovación pedagógica y el uso de otras estrategias didácticas que incluyan lo que piensan, sienten y tienen como experiencia en su vida cotidiana.

XI.Límites del estudio

- Para el presente estudio la selección de la población de estudiantes que formaron parte del proceso de investigación fue sugerida (impuesta) por las autoridades de cada institución educativa; es decir que el criterio que primó en la selección tuvo un carácter político en tanto obedece al criterio de la autoridad y no a los requerimientos técnicos del estudio.
- Para el diagnóstico inicial (momento 1) participaron 232 estudiantes de 14 a 17 años de las instituciones educativas del plantel. Las mismas que participaron en la ejecución y validación de las estrategias de promoción de salud (momento 2) y que formaron parte de la evaluación de las estrategias (momento 3). Para el estudio fue el mismo grupo de personas evaluadas al inicio y al final. Para lo cual los grupos del estudio no son comparables debido a como fueron seleccionados los estudiantes. (sesgos en la selección).
- Los resultados no son comparables a demás poblaciones ya que caracteriza específicamente a Checa y sus adolescentes, en un contexto social, cultural, económico, religioso, político determinado; sin embargo su utilidad puede aportar en la reflexión para diversas intervenciones en grupos de edad similares y con la misma temática.
- Las limitaciones para realizar un seguimiento a los estudiantes que participaron del proceso, hace que la intervención sea considerada dentro de un tiempo específico; ya que muchos de los adolescentes no pertenecen a la parroquia y los que se encontraban en tercer año de bachillerato salieron de las instituciones.
- Si no hay una apropiación de la propuesta por parte de las instituciones educativas, los adolescentes, padres de familia, comunidad,

instituciones de salud no se logrará la sostenibilidad del programa a largo plazo.

XII. Recomendaciones

Posterior al proceso de análisis de resultados se plantean las siguientes recomendaciones:

- Integrar los enfoques: cultural y bio-médico para tener una mirada integral de la sexualidad.
- Todo proceso de promoción de salud con respecto de la sexualidad debe contemplar la percepción de los jóvenes sobre las temáticas que se deseen abordar.
- Incluir a los jóvenes en la planificación de programas sobre sexualidad que van a ser trabajados en las instituciones educativas y en los subcentros de salud.
- Generar productos comunicacionales que aborden las problemáticas de la sexualidad desde la realidad de los jóvenes.
- Integrar en los procesos de promoción de salud, expresiones artísticas en tanto, es una estrategia de sensibilización más atractiva y agradable, porque se toma en cuenta los estilos culturales de los jóvenes.
- Debe considerarse la interculturalidad para tener una mejor comprensión de la anticoncepción y de la sexualidad en poblaciones culturalmente diversas.
- Para la transformación de las percepciones culturales se debe comprender que la percepción se construye en la base de todas las experiencias que tienen los jóvenes en las instituciones sociales: familia, escuela, medios de comunicación. Esto debe

tomarse en cuenta para que el abordaje sobre la sexualidad también sea una intervención institucional.

XIII. Referencias

1. Tomado de: SIISE 2007. SIDEMAIN-CEPAR. Sistema de Indicadores Demográficos y de Salud Materna e Infantil.
2. FOUCAULT, Michel, (1999) Historia de la Sexualidad; La Voluntad del Saber, Editorial Siglo XXI, Mexico 28ª edición, p. 85.
3. MARCUSE, Herbert, (1969) Eros y Civilización, Edit. Seix Barral, Barcelona, p. 49.
4. CASTORIADIS, Cornelius, (2009, Enero 11) El Imaginario Social Instituyente. Visitado Octubre 15, 2009, de: <http://pensar-actuar-pensar.blogspot.com/2009/01/cornelius-castoriadis-el-imaginario.html> .
5. FOUCAULT, Michel, (1999) Historia de la Sexualidad; La Voluntad del Saber, Editorial Siglo XXI, México 28ª edición, p. 85.
6. La templanza, refiere además a la gimnasia, y la dietética.
7. FOUCAULT, Michel, (1976) HISTORIA DE LA SEXUALIDAD, La inquietud de Sí , Editorial Siglo XXI, México 12ª edición, p. 67.
8. GUIDDENS, Antony, (1992) La Transformación de la Intimidad, Edit. Cátedra, Madrid, p. 34.
9. TORRES Jaime, (2005) Jóvenes Migración y desamparo en: Problemas de adolescentes, Editorial Don Bosco, Cuenca, p.6.
10. TORRES Jaime, (2010) La Migración: La comprensión de los conflictos en la reunificación familiar, en: Familia niñez y adolescencia; Investigaciones Maestría en Políticas de la infancia UPS, Edit. Abya Yala.
11. HORKEIMER, Max, (1937), Teoría Tradicional y Teoría Crítica, Edit Paidós. P. 89.

12. BORDEAU, Pierre, (1996) Raisons pratiques, París, Seuil, coll. Points, 1996, p. 21.
13. Organización Mundial de la Salud, OMS (2009, Octubre 20). Visitado Noviembre 12, 2009 de: <http://www.who.int/es/>
14. M.J.C “La anticoncepción: análisis de un debate en Chile” Revista el Género en la historia, Institute of Latin American Studies, University of London. (2009, Octubre 5), Visitado Diciembre 2009 en: http://americas.sas.ac.uk/publications/docs/genero_tercera3_ensayo18.pdf.
15. GOMEZ DE LEON, José/ HERNANDEZ, Daniel, “Pobreza y Uso de métodos anticonceptivos en el México Rural”, Pág. 12. (2009, Noviembre 23) Visitado Diciembre 12 en: <http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/PAUVRETE/AC TES/Gomezhernandezesp.PDF>
16. Microsoft® Encarta® 2006. © 1993-2005 Microsoft Corporation.
17. MONCADA, Raúl: “Investigación de formas de comunicación y medio ambiente” UPS. Quito 2003.
18. Filósofo español que vive y trabaja en Colombia, estudiando la comunicación desde América Latina.
19. PRIETO CASTILLO Daniel (1985). Diagnóstico de la comunicación. “Mensajes, Instituciones Comunidades” Primera edición, Editorial Belén Quito-Ecuador, p. 195.
20. TORRES Jaime et al, (2005) “Estudio de las Representaciones Sociales sobre las condiciones de desigualdad en niños, niñas y jóvenes en situación de calle de Quito y Santiago” UPS, p. 5.
21. Primera Encuesta de la Niñez y Adolescencia de la Sociedad Civil. ODNA.2010.
22. Fuente: Censo Población y Vivienda – INEC. Año 2001.

23. Fuente: INEC. Encuesta de Condiciones de vida /SIISE. Años: 1994-1995, 1998-1999, 2005-2006.
24. Fuente: Plan Nacional del Embarazo en Adolescentes en Ecuador (con la Participación de los Ministerios de Salud pública, Educación, Inclusión Económica y Social, Coordinador de Desarrollo Social, Consejo Nacional de las Mujeres CONAMU, Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia CNNA, Proyecto Ecuador Adolescente, Plan Ecuador, Fondo de Población de Naciones Unidas, 2007.
25. Fuente: CEPAR – ENDEMAIN. 2004
26. Fuente: ENDEMAIN, Año. 2004.
27. Conversación. Obstetra del Centro de Salud.2009.
28. Fuente: Datos Centro de Salud, 2009.
29. Organización Mundial de la Salud, OMS (2009, Octubre 20). Visitado Noviembre 12 de: <http://www.who.int/peh-emf/research/agenda/es/index.html>
30. CASTELLANOS, Luis, Sobre el concepto de Salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Vol. 11. Ene-Jun 1988. p 40-55. Versión electrónica disponible.
31. TORRES Jaime, (2005) Jóvenes Migración y desamparo en: Problemas de adolescentes, Editorial Don Bosco, Cuenca, p.6.
32. Organización Mundial de la Salud, OMS (2009, Octubre 20). Visitado Noviembre 12 de: <http://www.who.int/es/>
33. Caja Costarricense de Seguro Social, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social, Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud, Universidad de Costa Rica. "Prevención de la enfermedad" Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del primer nivel de atención. Publicación 2004.

34. HERMIDA César, (2005) Gestión Social para el Sistema Nacional de Salud en Ecuador, La equidad es posible. Instituto Juan César García, Ecuador.
35. La atención primaria forma parte de los tres niveles de atención. Secundaria, son medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud, ya presente en el individuo en cualquier punto de su aparición, su objetivo es reducir la prevalencia de la enfermedad. Terciaria, son medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud, su objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas.
36. Organización Mundial de la Salud, OMS (2009, Octubre 20). Visitado Noviembre 12 de: <http://www.who.int/es/>
37. ARROYO, Hiram, (2004) La promoción de la salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica. Primera edición, Universidad Puerto Rico-CDC.
38. La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000." Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud."

(Organización Mundial de la Salud, 1986). Organización Mundial de la Salud, (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ottawa, 21 de noviembre de 1986. p. 1 – 4. Consultado el 4 de agosto de 2010 en <http://www.cepis.org.pe/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>.

39. (...) y que fue refrendado en la IV Conferencia Mundial sobre Mujeres (Beijing 1995), la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, la Asociación Mundial de Declaración de Sexualidad y Derechos Sexuales, y la Declaración de Valencia de los Derechos Sexuales establecida en el XIII Congreso Mundial de Sexología (España, 1997), y revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.
40. Organización Mundial de la Salud, OMS (2009, Octubre 20). Visitado Noviembre 12, 2009 de: <http://www.who.int/es/>
41. Shutt-Aine, J. Maddaleno, M, (2003) Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas, Organización Panamericana de la Salud, pp. 1 – 73.
42. SALAMANCA, Ana Belén, La Investigación Cualitativa en las Ciencias de la Salud, Revista Científica NURE, Visitado el 39 de Enero, 2010, Departamento de investigación FUDEN, España, de http://www.nureinvestigacion.org/formacion_metodologica_obj.cfm?id_f_metodologica=31
43. AVELLANEDA, Cristina, Narrativas sobre el embarazo adolescente en la ciudad de Quito, Material audiovisual, UPS, 2009.

XIV. Glosario

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SIISE: Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

ENDEMAIN: Encuesta de Salud Materna e Infantil.

ODNA: Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia

UPS: Universidad Politécnica Salesiana.

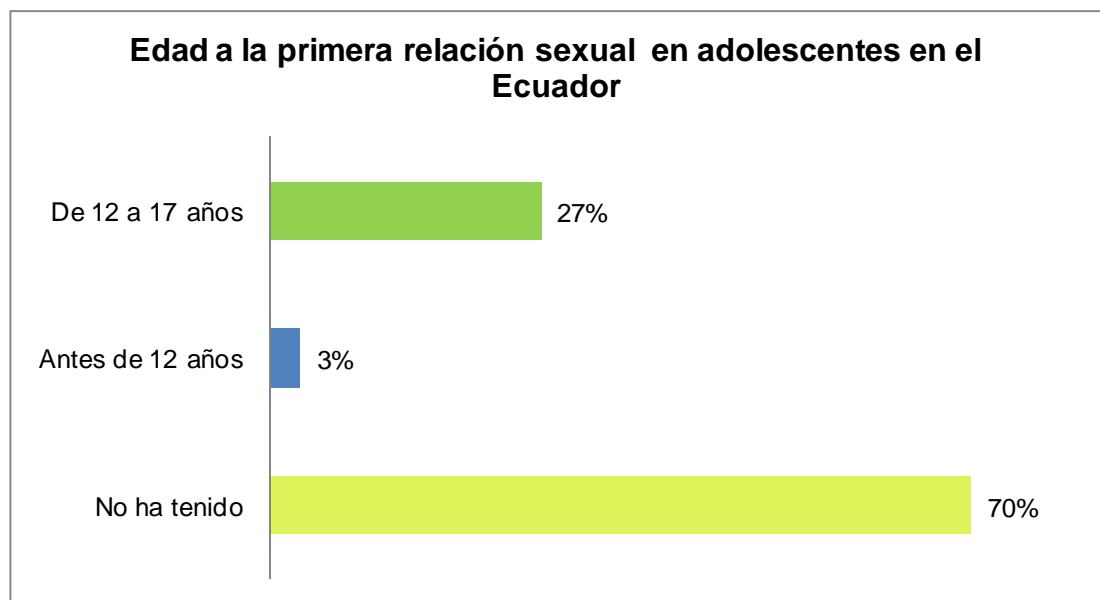
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

CISMIL: Centro de Investigaciones Sociales del Milenio.

XV. Anexos

Anexo 1.

Edad a la primera relación sexual en adolescentes en el Ecuador.



Fuente: SEVIP- SIISE Año: 1998
Elaboración: A. González. 2010.

Anexo 2.

Edad a la primera relación sexual en adolescentes por ciudades

Desgloses: región, ciudad, área, edad, sexo. Fuente: SEVIP. Año: 1998.

Elaboración: SIISE

	% que tuvo su primera relación sexual			
	No ha tenido relaciones	Antes de 12	de 12 a 14 años	de 15 a 17 años
Región				
Sierra	73	2	14	12
Costa	68	3	18	11
Ciudades				
Quito	68	2	18	13
Guayaquil	68	3	18	12
Cuenca	78	0	12	10
Sexo				
Hombres	47	5	31	18
Mujeres	91	0	3	6
Edad				
12 a 14 años	81	3	16	0
15 a 17	68	2	16	14
País	70	3	16	11

Anexo 3.**Embarazo en adolescentes en el Ecuador**

Año	Embarazadas (%)	Adolescentes de 15 a 19 años
1994-1995	7,9	594.946
1998-1999	9,8	596.254
2005-2006*	2,4	1.304.927

Fuente: INEC, Encuesta de condiciones de vida / SIISE **Años:** 1994-1995, 1998-1999, 2005-2006.

*Embarazadas al momento de la encuesta.

Anexo 4.

Porcentaje de uso de anticonceptivos según nivel de instrucción y edad

DMQ: Porcentaje de uso de anticonceptivos*, según nivel de instrucción y edad, 2004

Características	%Uso de Métodos Anticonceptivos
Nivel de Instrucción	
Ninguno y primario	71,7
Secundario	81,1
Superior	79,2
Edad en Años	
Menores de 20	64,7
20 a 29	80,7
30 a 39	84,3
40 a 49	69,6
TOTAL	78,0

Fuente: ENDEMAIN

Elaboración: CISMIL

*Mujeres casadas y unidas de 15 a 49 años de edad

Anexo 5.

Matriz de temas de sensibilización

<p>ACTOR:</p> <p>Trabajo con jóvenes hombres y mujeres estudiantes de los colegios de Checa. Padres y Madres de familia</p>		
<p>OBJETIVO:</p> <p>Construir procesos de reflexión – acción en torno a los siguientes ejes temáticos: Sexualidad y desarrollo social; Sexualidad y afectividad, Sexualidad y tecnología; Cultura juvenil y sexualidad,</p>		
TEMAS	SUBTEMAS	Objetivo
<p>Eje: Sexualidad y desarrollo social; Cultura juvenil y sexualidad.</p> <p>1. El ser joven adolescente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jóvenes y sexualidad.- Los pares • Derecho a la autonomía y a la vida íntima 	<p>Analizar la nueva situación de los jóvenes y la transformación de la sexualidad en el marco de las sociedades contemporáneas</p>
<p>Eje: Sexualidad y afectividad</p> <p>2. Organizaciones familiares en tiempos contemporáneos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La paternidad y la maternidad como construcción social y responsabilidad social • Relaciones de pareja y reproducción 	<p>Reflexionar como se reproducen los patrones culturales de la paternidad y la maternidad en las relaciones de pareja.</p>
<p>Eje: Sexualidad y afectividad</p> <p>3. La masculinidad y la feminidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las relaciones amorosas y la madurez emocional • La relación confluyente • Las relaciones de genero 	<p>Analizar cómo se configuran la masculinidad y feminidad como construcción social y como se expresan en las relaciones amorosas y las relaciones de genero</p>
<p>Eje: Sexualidad y tecnología</p> <p>4. Las percepciones sobre los métodos anticonceptivos y el control de la natalidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usos sociales de los métodos anticonceptivos • Las instituciones frente al embarazo adolescente • Embarazo adolescente y exclusión social 	<p>Reflexionar sobre las implicaciones y conflictos en torno al uso social de los métodos anticonceptivos.</p>

Anexo 6.

Encuesta

Análisis de las Percepciones Culturales sobre la Anticoncepción en jóvenes adolescentes y Diseño de Estrategias de Promoción de Salud para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de 14 a 17 Años

ENCUESTA

¿Edad?_____

Sexo:

- Masculino
- Femenino

1. *Cuando hablamos de sexualidad nos referimos a:*

- Relaciones sexuales entre hombre y mujer
- A la forma en cómo se viven los roles de padre y madre
- Prevenir enfermedades de transmisión sexual
- A las relaciones afectivas en la pareja
- A relaciones sexuales entre personas de un mismo género o sexo

2. *Para evitar el embarazo es importante:*

- Utilizar métodos anticonceptivos
- Abstenerse de tener relaciones sexuales
- Usar condón
- Ir al Sub centro de Salud para obtener información

3. *La responsabilidad del embarazo es:*

- Solamente de la mujer
- Es responsabilidad del hombre
- Del personal del Sub centro de salud
- De la pareja en conjunto

4. *Escribe en cada espacio una causa para que se produzca el embarazo en adolescentes.*

5. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?

6. En qué lugar has recibido información sobre el uso de anticonceptivos

- Junta Parroquial
- En el colegio
- Sub centro de salud
- En la familia

7. Cuando una persona (hombre o mujer) utiliza anticonceptivos es porque:

- Tiene varias parejas
- Es respetuosa de su pareja
- Sólo piensa en sí misma
- Es responsable

8. Escribe brevemente que comprendes tú por anticoncepción

9. Puedes tú mencionar que temas han abordado en su colegio sobre sexualidad

10. Cómo y qué temas te gustaría que se traten sobre sexualidad y embarazo adolescente.

Anexo 7

Transcripción de las entrevistas

Entrevista # 1

Doctora Marilú Calvopiña

Médico de la Escuela.

Escuela 3 de diciembre

Fecha: 24-11-2009

¿Qué talleres ha tenido?

A lo menos aquí he realizado 3 talleres de capacitación en el área, mas son talleres no son solamente charlas, de hecho son dinámicas, en todo el cantón... porque yo tuve la oportunidad de hacer la tesis de mi maestría en educación sexual, yo no he trabajado no solo con los jóvenes de aquí sino con 30 jóvenes mas, entonces en una semana suspendiendo las clases trabajamos todo el día con los maestros.... Y ahorita estamos trabajando un folleto por que ya es orden del ministerio que se debe trabajar ya como parte del curriculum, entonces ya esta unificado y hemos formado un comité de PRONESA, que es educación sexual, obviamente encabezado por mi persona y tenemos una planificación que estamos ejecutando... en primer lugar hicimos una capacitación que nos dieron en que consistía este proyecto de PRONESA, que es el programa nacional de educación sexual y amor que hace el ministerio de educación y desde antes mismo, como le digo, yo tuve la oportunidad de hacer la tesis de mi maestría entonces ya se incremento el tema de educación sexual en el curriculum de todos los maestros, a ellos se les ha entregado inclusive la temática que se debe tratar respecto a la edad de los niños, tienen la temática entonces la señorita directora tiene la función de revisar la temática que realizan los maestros, cada mes tiene que ir incluido un tema de educación sexual... a parte de eso la semana anterior yo realice la socialización con los padres de familia, también se ha hecho con los maestros, nos falta con los niños y luego, igualmente tengo planificado en el año, 3 o 4 talleres mas con los padres de familia, también con los maestros... ósea yo tengo planificado para tratar, enfocando lo que es mas los embarazos para adolescentes, anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual, eso es mas o menos lo que está planificado...

Esos son los tres temas fundamentales...

También lo que el ministerio ha dicho que demos prioridad en educación sexual, en eso con los que mas vamos a trabajar es el VHI, embarazo en adolescentes y el abuso sexual... pero ya le digo yo en los años trabajaba en todos los temas...

¿También con los niños de la secundaria trabaja?

No solo con los de la primaria, con la secundaria no porque yo soy solo medico de la primaria, porque ellos tienen en la tarde, entonces no está organizado el trabajo de los jóvenes, pero los que ya fueron de acá, que están en la escuela, ya he trabajado, porque he trabajado, porque he trabajado con sextos y séptimos años, dándoles prioridad yo he trabajado con ellos... en cambio de segundos años y de quintos, trabaja los maestros, por que los maestros, le digo, han sido capacitados en algunos ítems, entonces me toca continuar la capacitación con ellos en los temas que deben abordar, sobre todo en los niños, entonces no se ¿Qué harían ustedes? ¿Talleres o una cosa a parte?

Lo que estamos buscando es hacer talleres en las instituciones públicas y privadas que existen aquí, a partir del segundo año, del segundo año que ahora es noveno y con jóvenes que no estén dentro del sistema escolar por que muchas veces estos jóvenes que no están dentro del sistema escolar no reciben ningún tipo de capacitación...

Algo que yo les recomendaría y eso es lo que yo les digo, di mucho énfasis en mi tesis, porque si ustedes van a tratar con jóvenes aquí, al menos en el medio donde ya llevo 18 años es muy tarde, aquí las niñas terminan la escuela y ya están embarazadas, madres adolescentes, niñas con niños, por esos yo he creído conveniente que la educación sexual tiene que iniciar ahora, en la escuela, ya después es demasiado tarde, ya les digo el inicio de las relaciones sexuales de acuerdo a la investigación que yo hice en los colegios de la zona estaba entre los 9 y 11, 12 años máximo... entonces, aquí tuvimos algunos casos de violación, ahí es donde se debe dar prioridad, ya le digo hay niñas que no terminan ni bien la escuela y ya están embarazadas...

Este programa ¿lo ejecuta solamente en la escuela?

Solo en la escuela, porque ya le digo mi maestría hice en 30 escuelas de la zona, en 30 y ya le digo tuve que tomar referencia de los datos de mujeres embarazadas en el colegio "Cardenal de la Torre del Quinche", entonces basándose en eso yo sé lo que pasa, pero el trabajo lo hice hace dos años por que era parte de mi maestría, entonces el trabajo está centrado en educación sexual, aquí nosotros trabajamos con los padres de familia, con los maestros y con los alumnos...

¿Cómo tomaron los padres de familia el hecho de que usted trabaje educación sexual desde la escuela?

Eso hemos trabajado poco a poco, yo he trabajado poco a poco, esta mañana yo tuve una charla con ellos y se les ha dicho no que ahora la educación sexual es necesaria, que nos quitemos el tabú que nosotros teníamos, porque antes nos castigaban, nos decían mentiras: que el bebito nacía de la cigüeña, les daban otros nombres a los órganos sexuales, entonces poco a poco he ido conversando con ellos "que ahora la educación debe empezarse en la casa", que no se puede esperar en la escuela porque ellos ya vienen con cosas dadas... entonces educación sexual no es solamente hablar de sexo, están valores, autoestima, sobre todo con los niños, porque no se les puede decir de golpe si no que hay que poco a poco empezar de acuerdo con la edad y quien mejor que los padres, les digo ustedes: "empiecen llamando las cosas por sus nombre", "si les preguntan traten de decir palabras aplicables, como es a la medida del niño"...

¿y los niños?

A los niños igual, a veces los chiquitos por aquí... no sé de donde vinieron a darles... pero ahora hay unos videos de muñequitos... pero me di cuenta que los niños ya saben... yo tenía una paciente de 5 años que fue violada, no aquí en otra escuela, entonces la niña decía, tranquilamente así me decía "vino este joven de don Galito y me dijo hagamos el amor" ¿y tu sabes que es hacer el amor? "sí" y me explicaba con lujo de detalles... entonces es lo que nosotros tratamos con los niños de segundo año de implantarles el respeto, porque eso se empieza con respeto que aprendan a valorar a aceptar las diferencias entre hombres y mujeres y que su cuerpo -yo les digo así- es algo sagrado que nadie puede tocarles, tienen que aprender a decir que no y tienen que evitar ese tipo de cosas donde aquellos no pueden estar de acuerdo y se les enseña -por ejemplo a los niños- tienen que hablar, que no se dejen llevar

ni por parientes por amigos no todo... les engañan a los niños especialmente con golosinas... aquí se les explica que tienen que conversar con la maestra, amigos, con el papa, avisarle, porque los grandes no están de gusto... y también tenemos algún niño que no se qué le pasa, esta ido, no capta, entonces uno toca con mucha paciencia traerles y conversar y conversar, entonces los niños terminan aceptando lo que sucede...

¿Cómo ve usted el tema institucional aquí en Checa? Por ejemplo el dispensario médico con el tema de la anticoncepción ¿hay algo que les pueda ayudar? Hablábamos con la junta parroquial y las instituciones censuran ese tipo de discursos...

Yo les digo, a los maestros les he dado abiertamente, y a los niños de séptimo año yo he abordado el tema de anticonceptivos, incluso yo les he pasado videos, porque ahorita ya hay que pensar de esa manera uno hay que ayudarles a prevenir, no por ejemplo hay personas que han dicho que con darles educación sexual nosotros estamos incitando a una vida sexual pero no es así... ahí es como recogemos el tema, entonces yo tengo videos que si les he pasado no y se ríen y les digo "mijo así tiene que colocarse, no le digo que vayan ahorita, pero cuando ya hayan tomado una decisión, sean una personita madura que saben lo que hacen y no solamente con una, tienen que protegerse", tienen que evitar, ellos enseguida preguntan, así sea hacen lluvia de ideas que es lo que mas me gusta con los de séptimo, entonces ellos tienen la confianza, entonces el momento que yo me gane la confianza con ellos ya tengo una de preguntas "¿que ni se que ni se cuanto? ¿que como es el embarazo? ¿Que como se hacen los gemelos? ¿Qué es el condón? Entonces nosotros con los de séptimo si hablamos y con los maestros igual, buscamos la forma de, ellos ya saben todos los métodos y saben inclusive con, yo tuve la oportunidad de invitar incluso a un delegado de CEMOPLAF, que es mucho mas abierto el digo "hay que traer cajas y darles a los chicos para que se cuiden", yo era una de las mas conservadoras, no estaba de acuerdo, pero con el tiempo que estamos viviendo, es preferible que se cuide así que hay que enseñarle que se cuiden... aquí al menos nosotros no le corremos a eso de los anticonceptivos por que le digo ya estamos nosotros concientes de cual es la situación de los jóvenes en el momento entonces yo lo que hago es indicarles como se usan, se les dice "vean, toquen, son esto", pero siempre haciéndoles entender que ellos son los que deciden, que ellos deben de estar preparados para una situación así... en el subcentro no le puedo decir como se ha manejado la situación, por que únicamente vienen para vacunar, entonces vienen vacunan y se van, no hemos coordinado...

¿Cuál ha sido el grupo que ha tenido mayor resistencia hacia el tema? ¿Qué ha habido mayor confrontación?

No, no ha habido, por que aquí inclusive la señorita directora, todos los años que ha estado aquí, ha estado con eso, que las charlas a los padres de familia, que coordinemos... le digo yo, todo se trabaja aquí con grupos grandes, con bastantes padres de familia, pero de todas las veces que yo he hablado nadie me ha alzado la mano y me ha dicho "yo no estoy de acuerdo", les he hablado de maltrato, del abuso sexual, y se les ha dicho que pasa con los niños... mas bien los padres no han estado en desacuerdo, los maestros aun peor... lo que si ha habido es un poco desconocimiento por parte de los maestros, a veces hemos hecho los talleres, que ellos solo daban antes lo que es la anatomía y la fisiología del cuerpo, y eso no es educación sexual, educación sexual es mucho mas amplio, aborda muchas mas cosas, entonces ellos daban solo eso, por ejemplo a los de séptimo les daban "esto es el aparato sexual femenino y el aparato sexual masculino", entonces eso se ha ido cambiando por que ahora les digo que estamos participando mas de estos temas, por que ahora se lo ve como algo normal... entonces por eso es que educación sexual en séptimos años me dedico a resolver dudas,

inquietudes, tengo videos y ahí trabajamos, por que yo se que ponen confianza y ahí empiezan a preguntar...

Cómo educadora aquí de la parroquia ¿ha visto un incremento en la cuestión de los embarazos adolescentes?

Claro, yo no soy de aquí, pero he vivido 18 años en la zona, por el Quinche, por acá, pero de todas formas conozco las instituciones educativas y yo se lo que he hecho... por ejemplo cuando yo comencé a hacer la tesis tenía como 5 o 6 casos de embarazo y al momento yo se de por lo menos 40... Entonces por eso fue mi inquietud el justamente hacer esa tesis y de ahí llevar el mensaje a los padres y profesores de lo importante que es educar en sexualidad desde la escuela, no en el colegio, ya redigo, en el colegio ya es tarde, entonces por eso es que me interese e hice la tesis...¹

Yo le digo que en esta institución me ha dado mucha pena, por que o les veo a jovencitas que fueron mis alumnas afuera con una caja de chicles y el guagua en brazos... y por eso es que por lo menos aquí en la escuela intento tratar esos temas... de ahí de afuera si no se mucho, por que yo resido en Quito y hago mi trabajo...

¿Usted ha visto la incidencia del trabajo que se ha realizado a lo largo de estos años?

Ha no, todavía no, hasta aquí no he hecho una investigación como la que hice anteriormente para saber, es que eso también tiene que ser un periodo de unos 10 años para poder medir los datos... ni siquiera un trabajo de investigación, investigación se tiene que hacer en un periodo así, realmente no es comprar los datos así no mas... y como le digo no es fácil, con los maestros hay que trabajar duro, trabajamos todo el tiempo porque nuestra escuela es la única que tiene medico, en las otras escuelas no hay nadie, están solas, pero ahí vamos... del ministerio este año, como le explique, esto del PRONESA, entonces veamos como enfocan por que en una arte dice solo del maestro, explican por ejemplo todo lo que los maestros pueden dar y si necesitan conocimientos por ejemplo del VHI, entonces dice "hablen con un medico con el centro de salud", entonces no sabemos todavía como será en las otras escuelas, por que aquí como le digo estoy yo aquí, pero un poquito podríamos hablar...

¿Usted considera -dentro de esta cuestión del PRONESA- cuales serían las principales fortalezas y debilidades del programa?

La fortaleza sería que tienen un, la población mas grande del país, se imagina con I que pueden trabajar, entonces si ellos les dan una capacitación, ósea si sales el programa como ellos dicen sería una cosa tremenda, por que dicen que tenemos que trabajar todos, la escuela, los maestros, los padres de familia también, entonces es una población cautiva con la que uno puede trabajar... pero le cuento que como debilidad en cambio, le cuento de que la información que a el PRONESA no es la adecuada, por ejemplo hacen escuelas y nuestra directora, le llamaron al curso de directora, ella me dijo "sabe que doctora venga, por que este curso le ha de interesar a usted, es un curso de educación sexual", fui, como yo manejo el tema, es una información muy deficiente la que ellos dan, entonces por ejemplo leyes por aquí, leyes por acá, como si se tratara solo de eso el tema... se basa solo en lo jurídico, en cosas muy superficiales, los mismos directores no se como van a hacer para saber, entonces no es una herramienta de capacitación adecuada... entonces yo digo no es una herramienta de autoeducación por que el ministerio me da, si no que autoeducación es el traer expertos en

¹ Se corta la entrevista debido a una interrupción en el sitio de la conversación.

educación sexual para que nos asesoren y poder trabajar mas acá, entonces no es la que queremos dar... como redigo en palabras es hermoso el proyecto, pero ya veremos aca, esa es la fortaleza principal como le digo la población cautiva que tenemos en los colegios, la deficiencia la capacitación, para mi no era capacitación para mi era cualquier cosa... entonces uno mismo capacitarse en lo que mas sabe y poder ayudar, a las maestras en este año quedamos que voy a ver cuando tengamos tiempo, 2 o 3 o 4 clases que podemos proponer un poquito de dudas y aun así ellos tienen "que como vamos a dar, que voy a decir", ellos se sienten que no están correctamente capacitados para abordar correctamente el tema y tienen razón no, la capacitación y la formación que ellos han tenido no es como para que lo hagan, abordan el tema desde una manera muy general...

¿Cuáles son sus expectativas respecto de la educación sexual?

Claro, que la educación sexual se convierta en una red, que se evite que las niñas salgan embarazadas, que tengan un futuro mejor, que no hayan los embarazos precoces, violados, maltratados... entonces ya le digo que este sea el modelo de todo el barrio, de todo el sector, que trabajen los padres de familia, alumnos y maestros y que estemos todos trabajando juntos y que los niños salgan con conocimientos que les permitan en la vida adulta llevar una sexualidad responsable, esas serian sobre todo mis expectativas...

¿La tesis, cuál es el nombre?

Maestría en gerencia integral en salud, modelo de atención en salud sexual y reproductiva para los estudiantes de la escuela tres de diciembre de Checa.

Entrevista # 2

Directora (E) escuela Fe y Alegría

Lcda. Nancy Díaz

Fecha: 24-11-2009

Lo que quisiéramos saber es si al momento conocemos que se está ejecutando una capacitación de parte del PRONESA, lo que queremos saber es si ¿ustedes han trabajado anteriormente el tema de educación sexual?

Bueno acá en el colegio no se ha dado, educación sexual a parte de la materia de ciencias naturales, biología, anatomía que esta en el Pensum, entonces este año se ha implementado, entonces recién se ha visto que nos obligan a tratar esto, entonces el doctor nos dio los temas entonces ya podemos ir abordando esto, realmente para los licenciados es un poco nuevo, realmente el hecho de no habernos preparado con tiempo, realmente es un poquito difícil tratar estos temas aunque ha habido bastante aceptación de parte de los muchachos también y creo que estamos marcando por el momento bien...

¿Cuáles ve usted como potencialidades del programa y como deficiencias del programa?

De pronto la falta de material es la mayor debilidad, el hecho de que yo pienso que para llegar a los chicos debemos tener el material adecuado...

¿y la capacitación del PRONESA, en que consiste?

Nosotros nunca tuvimos esa capacitación, ósea yo hablo por el colegio por que nunca nos han dado capacitación...

¿ósea el ministerio dio la orden de que ustedes den educación sexual y no se les ha capacitado?

Nosotros nunca hemos recibido capacitación, yo se que en otros colegios si han recibido capacitación, pero a nosotros nunca nos han llamado...

¿Qué material recibieron ustedes del PRONESA?

Ninguno, nosotros de fe y alegría no hemos recibido nada, nos tuvimos que organizar para conseguir el material, en base a eso nos hemos ido organizando y en base a los temas que hemos conseguido nos ha tocado organizar

¿y cuáles con los temas principales que trabajan?

Las etapas, por ejemplo el enamoramiento, las relaciones entre jóvenes , esos de principio, luego según los temas que estamos viendo es cuidarnos, según los métodos anticonceptivos, etcétera etcétera...

¿se ha realizado algún trabajo con los padres de familia?

Todavía no, estamos realizando un programa para poder trabajar, pero primero tenemos que prepararnos nosotros...

¿Cuáles han sido las mayores dificultades que han tenido los jóvenes, maestros, al abordar el tema?

Pienso que los muchachos son muy abiertos muy amplios, ellos mas bien amplían mucho la información, mucho mas de lo que nosotros queremos tocar, por que los muchachos están mucho mas informados, muchas veces mas de lo que queremos tocar... entonces muchas veces pienso que de pronto para el maestro es el tabú, no para los chicos... entonces lo que nosotros tenemos que hacer es encaminarles, mas que todo hacia los valores, entonces ellos como que lo ven mucho mas amplio y no se enfocan en los valores, entonces nosotros lo que muchas de las veces hacemos es enfocarles a toda la información de que ellos traen enfocarle al cuidado del cuerpo, al cuidado de uno...

¿En este colegio se han dado caso de embarazos en adolescentes?

Hasta este año no se había dado, pero este año tenemos una chica que llevo al colegio ya embarazada, ahorita esta en dos meses, nosotros no nos enteramos hasta recién, pero tenemos que apoyarle, pero esta es la única vez que ha sucedido esto aquí en el colegio, por que fue un poquito difícil... a veces cuando tenemos las clases de sexualidad en ese cursos no sabemos como encaminarle, por que una vez estábamos hablando sobre la paternidad responsable, y como que ahí -pero no sabíamos nosotros porque- se asusto la chica, entonces de pronto ahora que ya sabemos, no sabemos para donde encaminar para no hacerle sentir mal a la chica por que nunca se sabe como pueden reaccionar los chicos... conversamos con

ella y le comunicamos que vamos a seguir dando esta clase de sexualidad y si de pronto ella se sentía mal, simplemente nos haga caer en cuenta que se esta sintiendo mal y lo que se pidió a la chica que de pronto ella nos ayude para lo que le pasado a ella no le vuelva a pasar a otro chico teniendo los cuidados necesarios, eso es lo que nosotros trabajamos...

Entrevista 3

Directora Escuela - Colegio "Fe y Alegría"

Sor. Angélica Lovato

Fecha: 24-11-2009

¿Desde cuándo se planteó el trabajo en educación sexual?

Hemos iniciado este año, hemos iniciado como materia especifica dentro de la institución o cada maestra dentro del área de ciencias naturales hablaba, pero ahora en este año hemos tomado como una materia, una asignatura de sexualidad, entonces con todo el programa que nos enviaron de la dirección provincial de educación, estamos trabajando **¿PRONESA?** Exacto, entonces estamos trabajando con esa temática, se da de primero a décimo año.

¿Cuáles han sido las dificultades que ustedes han encontrado para ir implementando este programa?

Las dificultades primero el tiempo, por que hemos tenido que recortar en la carga horaria académica, que recortar ciertas materias para incluir, entonces talvez los maestros siempre han estado acostumbrados a dar materias científicas: matemáticas, castellano; pero no hemos concientizado que ahora es vital la educación sexual. Entonces como hemos trabajado ya con los maestros sobre esta temática también, ellos vieron muy necesario que se de debido a las situaciones que se han dado, sobre todo en la sección artesanal, chicas embarazadas de décimo año que hubieron el año anterior, entonces si se ha tomado conciencia.

¿La institución como ha reaccionado frente a estos embarazos?

La institución a ayudado para que las chicas a que terminen, por que ellas aquí se gradúan de artesanas, entonces las chicas que se han embarazado aquí se les ha mantenido hasta que se gradúen, se les ayudado mas bien a que tengan un titulo profesional sabiendo "¿en que van a trabajar?" entonces la institución ha sido muy abierta, los, maestros han estado con ellas, se les ha acompañado bastante cuando ya nos enteramos que están embarazadas.

¿la institución que piensa de la sexualidad? Les asusta, es conflictiva en el momento de analizarla

No, realmente no por que todos somos seres sexuados, la sexualidad no es algo que llevamos como una carga, si no mas bien es una energía que tiene carácter humano para saber encausarla nada mas, entonces la sexualidad mas bien es una energía positiva que si el ser humano logra llevarlo bien le da muchas potencialidades. La institución, los maestros, son muy

abiertos, la comunidad también, de hecho hemos estado en diversos talleres de sexualidad, yo estuve en Guatemala por un taller con un sexólogo mexicano, entonces hemos recibido talleres vivenciales sobre la sexualidad.

Y como es ¿con respecto a los anticonceptivos?

Sobre la misma cuestión yo creo que, es un tema bastante abstracto de definir por que por nuestra misma ideología, por nuestra misma creencia católica no nos esta permitido el atentar contra la vida, por que al tomarme anticonceptivos yo estoy aportando a evitar una vida que puede haber sido concebida ya, entonces desde ese punto es que diferimos un poco en cuanto al uso de anticonceptivos, mas bien estaríamos de acuerdo con el manejo del método natural, pero como hay mucha gente que vive en la ignorancia estaríamos de acuerdo que se puede utilizar en ese momento por ejemplo. para mujeres que no tienen su uso de razón completo, bueno hay diferentes espacios, no se puede generalizar el que estemos en contra de los anticonceptivos, pero desde nuestra formación como religiosas no podríamos estar a lado de los anticonceptivos.

Ósea eso entra en contradicción, con el material y los contenidos que se están manejando en el ministerio de educación...

Sabe que no entra en contradicción. Si no que nosotros tratamos mas bien a los niños hablarles de los anticonceptivos, a los jóvenes hablarles de eso, pero siempre tratando de que los jóvenes vayan, asumiendo como un uso responsable de que ellos son libres, por que una cosa es aquí y otra cosa es allá fuera donde son libres, por que uno no va a estar con ellos en las discotecas, no va a estar con ellos en otros lugares, por que no es posible para nosotros. Pero a ellos se les hace pesar para que ellos tomen conciencia, si después de esto ellos no asumen, pues ya es su responsabilidad, cada ser humano es libre de tomar su decisión.

¿Cuáles son las temáticas que le ha propuesto el PRONESA en el tema de educación sexual?

Sobre todo, es que son una serie de temáticas que difícilmente yo me podría tener a detallar: afectividad, emociones, sentimientos, como ustedes ya decían menstruación todo el desarrollo de los órganos genitales del hombre y de la mujer. Y luego todas estas temáticas como por ejemplo métodos de higiene, como canalizar energías, como ayudarles a los niños en que la sexualidad sea de una manera mucho mas sana, el deporte y la sexualidad, la danza y la sexualidad, estamos nosotros trabajando con estas temáticas que nosotros con los maestros vamos descubriendo, no es que nos regimos específicamente a eso, pero nosotros vamos a darle nuestro matiz, entonces seria una propuesta muy grande.

¿Qué reacciones han tenido los jóvenes respecto al tema?

Les gusta, ósea, llega por ejemplo el día de la hora de sexualidad y esperan “por que nos toca la hora de sexualidad”, por que es un tema que a ellos les interesa, les interesa sea para bien o sea para mal, es un tema que les causa muchos cuestionamientos.

Ósea no ha habido resistencia por parte de ellos...

No, mas bien los jóvenes saben muchas cosas y ellos nos enseñan, **se convierte en un mutuo aprendizaje entonces**, ellos nos enseñan muchas cosas.

y en los padres de familia ¿ha existido algún tipo de resistencia?

No, de ninguno.

Se ha iniciado charlas de sexualidad con ellos

Con ellos vamos a tener en diciembre, en escuela para padres, entonces ahí vamos a tratar ir tomados de la mano con lo que estamos dando, pero a partir de diciembre.

Entrevista # 4

Lcda. Janet Núñez. Obstetrix

Subcentro de Salud de Checa

Fecha: 24-11-2009

Lo que yo tengo entendido es que desde algún tiempo estaba haciendo este programa, que le estaba yendo muy bien, pero por la falta, como Checa es muy pequeño entonces viene gente desde muy lejos y no alcanzaban a venir las chicas... pero aquí si hay una gran cantidad de embarazos en adolescentes...

¿En los últimos mese cual ha sido el promedio de atención en embarazo adolescente?

De 10, por lo menos 7... vienen de 15, 14 hasta 16 de años... viene también con embarazos de 16 años... pero lo impactante es que no son de aquí de Checa por ejemplo la chica que vino que supuestamente se venia a cuidar y ya ha estado embarazada de 14, 15 años, planificación y ya ha estado embarazada, segundo embarazo... 15 años, el primer embarazo **¿ósea el primer embarazo lo tuvo a los trece?** No la chica se acababa de enterar que esta embarazada pero ella esta en cuatro meses (supongo del periodo de lactancia), y no del mismo papa si no diferente pareja...

Ahora, ¿ustedes han hecho seguimiento de las causas posibles para que se produzcan estos embarazos?

Mas en estos casos, no son la gente de aquí de Checa, ni de mas allá, ni de nada, son de la costa... vienen por que mucha veces los papas allá cumplen una cierta edad y les mandan, entonces ellos al no verse, se van con el primero con el que se les asome.. y ellas como son niñas todavía se dejan y como saben, y como muchas personas... no estoy discriminando a nadie ni nada muchas personas de la costa como viven en el monte no les dan educación sexual ni nada, no hay comunicación sexual entre padres e hijos.

¿Ustedes han pensado en hacer un proceso de prevención y educación sexual?

Si, si se ha hablado con la señora Beatriz, pero tenemos que hacer un papeleo e ir al hospital de Yaruquí, por que como somos del área 14, entonces allá es como podríamos decir la matriz, ellos son los que toman la decisión y supuestamente este centro de salud es muy pequeño, eso es lo que han sabido manifestar... pero antes dicen que si habido bastantes chicas...

¿Ahora, ustedes salen a colegios?

Nosotros salimos los días jueves a comunidades, donde hay chicas que no estudian solo pasan trabajando en el campo, entonces, también hacemos ahí un poco de cosas.

Si ustedes diseñaran una propuesta de prevención ¿Qué temas trabajarían ustedes?

Los anticonceptivos, creo que ahora ese no estema de... por ejemplo yo que no me considero vieja a los 15 años por ejemplo yo no conocía, en cambio ahora las chicas salen de 14, 15 años y se van... entonces el tema que yo trabajaría son los anticonceptivos... el uso, que efectos tiene, lo que no se deben poner, por que cuidarse, por que hacerlo, como hacerlo.

Si llegaran jóvenes de unos 14 o 15 años a pedir información ¿Cómo sería la actitud del subcentro en dar esa información?

Claro que aquí cualquier información se les da, aquí tenemos los preservativos y en eso no tendríamos ningún problema. Creo que todas las personas que estamos aquí, estamos en capacidad de dar información, tenemos la obligación de darles la información y las personas se tiene que acercar... por que por ejemplo una niña de 14 años no es la que -va a sufrir y todo- pero mas sufren las personas que están atrás- ósea el niño, ¿Cómo lo va a cuidar? Y es una cadena, que sigue, sigue y sigue.

El tema de los métodos anticonceptivos estaría relacionado con otros temas ¿Qué otro tema trabajaría a mas del tema de métodos anticonceptivos?

El embarazo en una adolescente, la comunicación entre padres e hijos.

¿Y como lo harían ustedes?

Si de folletos, de trípticos, de videos, lo haríamos. Teniendo una hora muy exacta, por ejemplo llamando a los colegios, por que saben haber esas brigadas de cuarto y de quinto curso, entonces decirles que se vengán un ratito a colaborarnos aquí, nos colaborarían de una manera grande observando.

Una estrategia para ustedes sería por ejemplo. Formar facilitadores desde los mismos colegios...

Exactamente si, por que primero la comunicación es de los padres, luego se pasan a los colegios, luego vendríamos a ser nosotros los comunicadores.

Ahora dentro de la parroquia ¿Qué dificultad usted vería en torno a tratar este tema?

Los padres, yo creo que la gente ahora esta mas abierta, mas madura, por ejemplo vienen aquí y que necesitan algo con que cuidarse... yo tuve por ejemplo recién una chica de 15 años, que para que vienes, planificación... entonces ya le han de ver hablado en su colegio, con su familia o talvez con su familia no han hablado nada...

¿Cómo fue la reacción de ustedes frente a eso?

Ósea no dije nada, pero entre mi... ósea pero ella calladito me dijo, para qu vienes y yo de una dije embarazo por que ya se les ve, entonces ella vino y me dijo planificación, por que la gente piensa que la gente la va a discriminar.

¿Y usted piensa que la mayoría de gente sigue teniendo ese criterio?

No todos.

¿Especialmente en que sectores usted cree que se daría eso?

En las personas de allá, del alrededor del Quinche... por que yo a mi mama, no le voy a contar si yo tuviera quince años "sabes que mami me voy a cuidar", seria una vergüenza, supuestamente para los chicos de ahora... pero por ejemplo vienen chicas de 16 años que han tenido un embarazo, por ejemplo ahora, ya tienen sus bebes y tratan de cuidarse... pero igual hay personas como la señora de acá, por mas que se le quiso decir que se cuide, no quiso "que le tenia que pedir permiso al marido", "por que si no que es una delincuente", no es una indigente ella tiene dos hijos, es indígena... entonces le dijimos que no cuesta nada, que solo son 15 minutos y no quiso y no quiso y no quiso...

¿Y ustedes se cuestionan institucionalmente esto?

Ósea, no... si conversamos decimos que muchas veces no sabemos por que, por que el cuerpo de una mujer es de uno, no tiene que pedirle permiso a nadie y no tiene que andar preguntando si se va a cuidar.

Usted como institución ¿Qué piensan de la sexualidad como institución?

Ahora, en este momento, chuta, que le digo podríamos decir que la sexualidad y libertinaje en los jóvenes, por que ya hay muchas chicas no lo hacen por que quieren a otra persona y mucho menos los chicos, en cambio seria uy diferente... considerando los tiempos de antes - que yo que le digo que no soy ninguna vieja- comparando con los de ahora, les podría decir que es libertinaje.

El problema es que la cuestión de la relación sexual como tal ya no se la viva a través del afecto del enamoramiento y eso como referencia ha desembocado en que haya muchas jóvenes embarazadas...

Podría ser así, ósea muchas de las jóvenes embarazadas ya no vienen con los papas si no que se van a vivir chicas de 15 años con los novios de 19 años...

¿Esto se ha visto aquí?

Si, se van a trabajar a plantaciones por que aquí hay muchas plantaciones, o trabajan en el campo...

¿Es decir 15 o 16 años ya tienen su pareja?

a los 30 años ya tienen 7 hijos, ninguno vacunado, ninguna vacunada...

¿Usted u tiempo trabaja aquí?

30 años trabajo aquí, bueno 20...

Pero ¿usted ha visto a jovencitas embarazadas?

Yo si, la mayoría son adolescentes una que otra tiene 34, 35 años pero la mayoría son adolescentes...

Anexo 8.

Sistematización de los Grupos Focales

Ámbitos de trabajo			Análisis
<p>EL ENAMORAMIENTO</p> <p>Para esta temática se trabajo lluvia de ideas, pues permite mediante asociación de ideas conocer que piensan los sujetos sobre una situación específica.</p>	<p>¿PARA QUE SE ENAMORAN?</p> <p>Grupo 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Para ser feliz 2. Para tener una familia 3. Para respetar a la mujer 4. Para tener relación 5. Por amor al que ama 6. Para formar una familia 7. Para respetarla y amarla 8. Para amarla 9. Para compartir nuestros sentimientos entre las parejas 10. Para formar un hogar y un familia muy unida <p>Grupo 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Primero la gente se deben conocer. 2. Después surge una íntima amistad. 3. La pareja siente ternura y cariño entre sí. 4. Luego una atracción fuerte y 	<p>¿PORQUÉ SE ENAMORAN?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porque nos entendemos los dos 2. Porque nos agrada la otra persona 3. Porque nos gusta su forma de ser 4. Para tener amistad 5. Porque se quieren entre los dos 6. Porque me entiende 7. Porque me respeta 8. Porque es lindo 9. Porque pensamos que al tener novio o novia podemos ser felices <p>Grupo 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El enamoramiento lleva al noviazgo. 2. El noviazgo trae un fuerte lazo matrimonial. 3. Y probablemente haya una feliz familia 	<p>La tendencia con respecto del enamoramiento, está relacionado con el matrimonio, se vincula con la conformación de la familia.</p> <p>El enamoramiento se asocia con la construcción del deseo por el otro sexo, cuyo mecanismo está atravesado por la afectividad.</p> <p>Sin embargo aparece como el mecanismo cultural de la reproducción.</p> <p>El enamoramiento seria un mecanismo para garantizar el acceso a la felicidad, afín a las relaciones de respeto con el otro.</p> <p>El enamoramiento es visualizado como expresión de autonomía y madurez.</p>

	<p>nace el amor.</p> <p>Grupo 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porque es atraída por el sexo opuesto. 2. Amor a primera vista. 3. Porque sus sentimientos son lindos. 5. La mujer es atraída por el hombre. 6. Nace un sentimiento fuerte. 7. Porque comparten momentos felices. 8. Comparte alegrías y tristezas. 9. Porque la pareja se siente atraída. 10. Porque tienen sentimientos. <p>Grupo 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porque tiene sentimientos hacia la otra persona. 2. Quiere sentirse acompañado. 3. Porque ya tiene la edad suficiente para pensar y razonar las decisiones que va a tomar. 4. Porque ya es adolescente y se siente atraído por el sexo opuesto. 	<p>Grupo 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Para formar una familia feliz. 2. Para ser feliz la pareja junta. 3. Para compartir el amor con sus hijos. <p>Grupo 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La gente se enamora para compartir su amor, sus sentimientos y para sentirse acompañado. 2. Para formar una familia. 3. Para formar un lazo familiar de amor, de amistad y muy fuerte 	
--	--	--	--

<p>¿PARA QUE SE UTILIZAN LOS ANTICONCEPTIVOS? Esta es la pregunta inicial para conocer sobre el uso de anticonceptivos, las respuestas refieren al uso socialmente acordado.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para no quedarse embarazada 2. Para no contagiarse de enfermedades como: sida, gonorrea, chancro, papiloma. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para no tener hijos 2. Utilizar anticonceptivos para no contagiarse de enfermedades 	<p>La tendencia sobre el uso de los métodos anticonceptivos, se relaciona con lo socialmente establecido, evitar el embarazo y prevenir enfermedades de transmisión sexual.</p>
<p>PORTAR ANTICONCEPTIVOS Este tema relacionado directamente con el uso, se trabajo a través de la historia incompleta, técnica proyectiva que permite, enlazar contenidos o percepciones que poseen los sujetos frente a situaciones que apelan a los criterios de realidad que conservan los sujetos con respecto de prácticas o comportamientos sociales, para este caso el uso de anticonceptivos.</p>	<p>Historia incompleta Grupo 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que iba a tener relaciones sexuales con su novio o que ella tenía relaciones sexuales con su novio 2. Pensó que iba a tener relaciones sexuales 3. Pensó que iba a dejar de ser virgen <p>Grupo 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Que tenía relaciones con su novio 5. Que iba al burdel de la prostitución 6. Su madre decidió echarla sin consuelo y la madre creyó que estaba embarazada pero no fue así. 	<p>Historia incompleta Grupo 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que le iba a pedir la prueba de amor 2. Quería saber que sentía 3. Pensó que le traicionaba con otro chico <p>Grupo 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pensó que tenía relaciones aparte de su novio 5. Que tenía varios enamorados 6. El novio pensó que la novia le traiciona con el mejor amigo porque le había encontrado un condón en su maleta y luego se pelearon después de una larga discusión hablaron de los sucedido y el novio lo 	<p>El uso de preservativos y extendido al uso de métodos anticonceptivos, no es percibido como una acción responsable de quien lo porta. Se han internalizado más bien ideas de censura social con respecto de su uso. Y se considera que el hecho de utilizar los preservativos genera un comportamiento ligado a la promiscuidad sexual, pero esta censura recae por sobre todo a la mujer. Esta mirada tradicionalmente deviene de la percepción de que la mujer es aquella que tiene esta tendencia. Es el hombre el que debe legitimar y administrar el uso de los métodos, lo que</p>

	<p>Grupo 3</p> <p>7. Después de la pelea su madre le castigo, la chica resentida decidí explicarle lo sucedido a su novio y su madre.</p> <p>8. Después de una larga discusión el mal entendido se aclaro y su madre y su novio dieron sus disculpas y todo terminó bien.</p> <p>9. Hija que es esto explícame que hace esto en tu mochila. Por favor si mami no se enoje no sé lo que estuve pensando perdóname no me castigues por favor nunca lo vuelvo a hacer te lo prometo.</p> <p>Grupo 4</p> <p>10. Que porque lleva esos preservativos si ya tuvo alguna relación le habla y no le comprende le castiga y también la mamá sin saber nada le va y le reclama al novio.</p>	<p>entendió y si se arreglaron las cosas.</p> <p>Grupo 3</p> <p>7. El novio pensó que la chica le engañaba y tenía relaciones sexuales a escondidas de la mamá y de él.</p> <p>8. El novio pensó que la chica le engañaba y tenía relaciones sexuales a escondidas de la mamá y de él.</p> <p>9. Pensó q' la chica quería tener relaciones sexuales con él, pero no sabía q' la maestra le había regalado para que observe como era</p> <p>Grupo 4</p> <p>10. El novio pensó que le traicionó y se pelearon.</p> <p>11. Mi amor que es esto explícame x favor alguna cosa ha de ser para ti dime. Son unos preservativos para cuidarse pero mi amor todavía</p>	<p>infiere que las relaciones sexuales son establecidas a partir de las decisiones del hombre, como el único capaz de saber cuándo y en qué momento se lo debe hacer. Refiriendo una clara inequidad de género con respecto de las decisiones sobre el acto sexual. El uso de preservativos, devela además, el carácter de transgresión con las normativas familiares, la censura y el castigo percibido por los jóvenes frente a una situación de portar preservativos, muestra los miedos sociales familiares con respecto de la sexualidad activa de los jóvenes. Estas situaciones son contradictorias, en tanto, mientras la exigencia social es universalizar los procesos de educación sexual, culturalmente en la familia la sexualidad es mirada como censurable y los mecanismos que podrían prevenir el embarazo y las ETS, son</p>
--	--	---	---

	<p>11. Le dijo que porque tiene esos preservativos y porque en la mochila y empezaron a discutir y la mamá le pregunto si ha tenido relaciones sexuales y con quien. Después le pregunto si es que tenia novio, la mamá le grito y la chica salió de su casa llorando.</p> <p>12. Dice q le explique y q hace eso en su cuarto y porque tiene ella. La hija le responde mami esto no es lo que tú crees y le dice una mentira porque tiene miedo q la mamá se enoje y le golpee.</p>	<p>no tenemos relaciones o me engañas</p> <p>12. Porque que llevas esos preservativos en tu maleta acaso ya tuviste relaciones sexuales con otro chico.</p> <p>13. Le dice que por que trae esos anticonceptivos y le aconseja le explica que él es él que debe llevar eso no ella. Y si quiere deberás hacer la pruebita de amor que primero hablen con sus papás y después pueden hacer eso.</p>	<p>confrontativas con las percepciones familiares sobre la sexualidad. De ello se desprendería a manera de hipótesis que la sexualidad es vivida por los jóvenes como algo intimo-transgresor. Y el uso de preservativos para este caso representaría simbólicamente la transgresión, más que un acto de responsabilidad.</p>
--	--	--	--

ANEXO 9

REGISTRO FOTOGRÁFICO “FESTIVAL POR LA VIDA”

Asistentes al evento



Grupo de hip-hop



Grupo de teatro

