

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

2012

Promoción de la salud sexual y reproductiva aporte de terapia ocupacional

Funes, Mónica Alejandra

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/830>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TO
Inv. 4081



***PROMOCION DE LA SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA***

***APORTE DE TERAPIA
OCUPACIONAL***



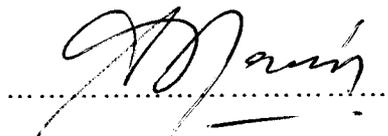
Universidad Nacional de Mar del Plata
Tesis presentada en la
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
para optar al título
de Licenciada en Terapia Ocupacional

Por:
Funes, Mónica A.

MAR DEL PLATA. BUENOS AIRES. ARGENTINA.
2012

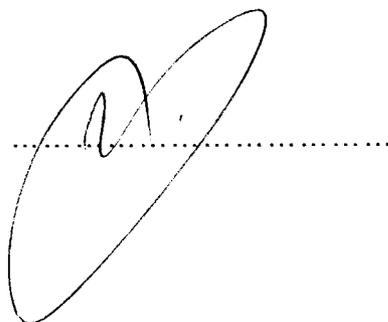
Directora:

- Lic. García Cein, Emma



Co- directora:

- Dra. Marquina, María Isabel

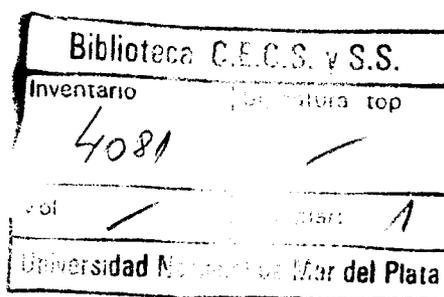


Asesoramiento metodológico:

- Asignatura de Trabajo Final. Departamento pedagógico de la Lic. de Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNDMP.

Autora:

- Funes, Mónica Alejandra
DNI 23.636.985



27 SEP 2012 2

*“La libertad de la voluntad humana consiste, pues,
en una libertad de ser impulsado
para ser responsable, para tener conciencia.”*

(Victor E Frankl)

*“La Voluntad es nuestra facultad de elección,
y la fuerza de voluntad es la capacidad
de poner en práctica nuestras elecciones”*

(Morris L Venden)

*“La Atención Primaria de la Salud exige
y fomenta en grado máximo
la autorresponsabilidad
y la participación del individuo.....”*

(Alma Ata, 1978)

Agradecimientos

A Dios, por darme la capacidad de soñar, la seguridad de su compañía constante y por poner en mi camino a cada persona que me ayudó en este proyecto.

A Emma García Cein, por su ayuda, paciencia y dirección en todo este camino.

A María Isabel Marquina, por su oportuno consejo, experiencia y tiempo dedicado a mis consultas y dudas.

A Norma Gordillo, por su consejo y asesoramiento.

A Dora Parada y al equipo de Acción Social que generosamente me brindó su apoyo y me permitió realizar la experiencia en los comedores.

A los adolescentes que participaron del taller y me permitieron aprender y disfrutar de su compañía.

Dedicación

A mi padre, por sembrar en mí el deseo de superación y la inquietud de cumplir mis sueños.

A mi madre, por enseñarme con su ejemplo a permanecer firme ante la adversidad y a perseverar en búsqueda de la superación.

A mi esposo Guillermo, por su apoyo incondicional y por compartir mi sueño, sin lo cual no hubiese sido posible alcanzar este objetivo.

A mi hija Serena, por ser tan dulce y cariñosa, y comprenderme cuando necesitaba su tiempo o colaboración.

A mis nueve hermanos, porque cada uno busco alcanzar mejores cosas en su vida y han sido un ejemplo.

A cada amigo/a que a lo largo de este camino me brindó su ayuda, apoyo y amistad.

INDICE

Introducción.....	9
Problemas y Objetivos.....	11
<u>ESTADO ACTUAL</u>	
Estado Actual.....	13
Bibliografía.....	26
<u>MARCO TEÓRICO</u>	
CAPITULO 1: ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	
1. Salud.....	28
2. Atención primaria de la salud.....	29
3. Promoción de la salud.....	33
4. Educación para la salud.....	35
Bibliografía.....	38
CAPITULO 2: TERAPIA OCUPACIONAL Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	
1. Definición de Terapia Ocupacional.....	40
2. Promoción de la salud y terapia ocupacional.....	44
3. Promoción de la salud comunitaria y terapia ocupacional.....	45
4. Terapia ocupacional comunitaria en Argentina.....	49
5. Trabajo interdisciplinario.....	51
Bibliografía.....	54
CAPITULO 3: ADOLESCENCIA	
Adolescencia.....	57
Bibliografía.....	73

CAPITULO 4: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. Sexualidad.....	75
2. Salud sexual y reproductiva.....	76
3. Promoción de la salud en la adolescencia.....	81
4. Educación sexual.....	88
5. Taller de educación sexual.....	92
Bibliografía.....	96

DATOS ESTADÍSTICOS

1. VIH/ Sida en Latinoamérica.....	99
2. Situación en Argentina.....	101
3. Datos provinciales y locales.....	103
Bibliografía.....	106

ASPECTOS METODOLÓGICOS

1. Diseño y tipo de estudio.....	107
2. Población y muestra.....	108
3. Variable: clasificación y definición.	109
4. Método de recolección de datos.....	117
5. Taller de educación sexual implementado desde T.O.	120
6. Características de la población.....	130
7. Análisis de los datos.....	131
Bibliografía.....	132

ANALISIS DE DATOS - RESULTADOS

1. Datos sociodemográfico y personales.....	134
2. Nivel de información sobre educación sexual.....	144

CONCLUSION

Conclusión.....	166
-----------------	-----

ANEXOS

Anexo 1: Tablas del Análisis de datos.....	173
Anexo 2: Cuestionario.....	186
Anexo 3: Nota autoridades	190
Anexo 4: Nota para padres	191
Anexo 4: Sistema de Citas Bibliográficas.....	192

INTRODUCCIÓN

Dentro de las diversas áreas en las que puede intervenir el TO, apreciadas en el recorrido teórico práctico de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional, el área de la Promoción de la Salud es uno de los que más me ha impactado. En particular el valor que la Promoción de la salud adjudica a la transformación de los comportamientos perjudiciales, al educar y despertar un sentimiento general de responsabilidad personal para cuidar y o mejorar la salud. Brinda un amplio campo de aprendizaje continuo y la posibilidad de trabajar interdisciplinariamente. Colocando de esta manera al TO como agente promotor de salud.

El objetivo de este trabajo de investigación es determinar el aporte de un taller de educación sexual implementado desde terapia ocupacional en el nivel de información sobre educación sexual en adolescentes de 13 y 14 años de edad.

La adolescencia es la etapa en que está culminando el proceso de crecimiento y desarrollo tanto físico, psico-emocional, y cognitivo, iniciado desde el momento de la concepción, con características individuales, influenciadas por la propia historia vital y del medio social y cultural en el cual se desarrolla. Durante este período se consolida la personalidad y se adquiere la capacidad reproductiva, así como también es un momento de mayor vulnerabilidad. Por lo cual pueden aparecer comportamientos de riesgo, entre los cuales están las “conductas sexuales de riesgo”, que exponen a los/as adolescentes a la adquisición de enfermedades de transmisión sexual y o embarazos no buscados, situaciones que, de presentarse, afectan la salud del adolescente

y/o el crecimiento y desarrollo integral, bio-psico- sociocultural , que involucran también otros aspectos de su vida, como la escolaridad, su vida social, el trabajo, actividades recreativas, etc.

La Carta de Ottawa refiere que “La Salud es creada y vivida por las personas dentro de los ambientes de su existencia cotidiana, donde aprenden, trabajan, juegan y aman”, la salud se crea: “cuidándose a sí mismo y a los otros” y pudiendo tomar decisiones y teniendo el control sobre las propias decisiones vitales.

El proceso educativo acerca del cuidado de la salud se debe llevar a cabo a lo largo de todas las etapas y debe continuarse en la adolescencia, para contribuir a la formación de jóvenes y adultos responsables y comprometidos con el cuidado de su propia salud.

A través de la intervención de un taller de educación sexual dirigido a un grupo de adolescentes que concurren a comedores comunitarios, se intentó reforzar incumbencias del rol del Terapeuta Ocupacional en la promoción de la salud, y crear un espacio para los adolescentes en el que se generen conocimientos acerca de una sexualidad responsable. Esto se valoró comparando el grado de información en educación sexual de los adolescentes pre y post implementación del taller de educación sexual.

La misión de esta experiencia fue generar un espacio de reflexión para que, cada adolescente que participó del taller, tome conciencia acerca del cuidado de su propia salud.

TEMA

PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES. UN APORTE DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.

PROBLEMA

En qué medida un taller de educación sexual implementado desde terapia ocupacional influye en el nivel de información sobre educación sexual en adolescentes de 13 y 14 años de edad que concurren a comedores comunitarios de la ciudad de Santa Rosa La Pampa en diciembre - enero de 2011-2012.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el aporte de un taller de educación sexual implementado desde terapia ocupacional en el nivel de información sobre educación sexual en adolescentes de 13 y 14 años de edad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer el grado de información en educación sexual de adolescentes de 13 y 14 años valorado antes de la implementación del taller de educación sexual.
2. Conocer el grado de información en educación sexual de adolescentes de 13 y 14 años valorado después de la implementación del taller de educación sexual.
3. Comparar el grado de información en educación sexual de los adolescentes de 13 y 14 años, pre y post implementación del taller de educación sexual.

ESTADO ACTUAL

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

La búsqueda bibliográfica en bases de datos científicos como: S.A.G.E., SCIELO., REDALYC, así como en las diversas bibliotecas, tales como la Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social y la Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Mar del Plata; referente a la educación sexual, embarazo y adolescencia, fue muy variado y rico el material encontrado. Adjunto información que muestra de forma clara la problemática de la conducta sexual de los adolescentes en nuestro país e investigaciones realizadas en otros países cuyos resultados aportan y son de interés para el tema de esta investigación.

Necchi, S. & Schufer, M. (2001). *Adolescente varón: iniciación sexual y anticoncepción (Argentina)*.

Esta investigación describe conductas y circunstancias psicosociales de la iniciación sexual y conocimientos, valoración y conductas acerca de la anticoncepción de los varones. Se estudiaron 420 varones entre 15 y 19 años escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires. Se aplicó un cuestionario autoadministrado de 72 preguntas abiertas y cerradas, garantizando la confidencialidad y el anonimato de alumnos y de escuelas. Luego de la administración del cuestionario se destinó un tiempo para que los jóvenes pudieran conversar libremente sobre las inquietudes que la encuesta despertó en ellos. Análisis univariados, bivariados y multivariados de datos.

Un 55,5% de los **varones** estaban iniciados sexualmente. Su **edad promedio de inicio fue de 14,9 años** (desviación estándar = 1,5 años). Se iniciaron con

prostitutas (41,6%), con sus novias (26,6%), con amigas (20,2%) o con parejas ocasionales (10,7%). En muchos casos no hubo proceso decisorio previo (27,5%), en otros la decisión fue tomada con su pareja (21,9%) o con el grupo de amigos (21,5%). Un 57,5% manifestó haber tenido alguna preocupación, preponderantemente temor al SIDA. Valoraron como muy buena o buena la efectividad del preservativo (93,8%), del DIU (51,0%), del diafragma (47,6%) y de los métodos hormonales (47,4%). El método anticonceptivo más utilizado en la iniciación sexual y en las siguientes fue el preservativo, aunque el coitus interruptus y los métodos hormonales, poco utilizados en la iniciación, adquirieron un valor más relevante en las relaciones siguientes. La decisión de cuidarse fue tomada por sí mismo (58,7%) cuando la compañera sexual fue una prostituta o una relación ocasional. En cambio, cuando había una relación afectiva (amiga o novia), la decisión fue compartida (60,7%). La tipología muestra tres grupos diferenciados en el momento del debut sexual: "impulsado", "ocasional" e "integrado".

Existe una importante heterogeneidad en las conductas y circunstancias psicosociales de la iniciación sexual en estos varones. El uso del preservativo como protección frente al SIDA se asoció en estos varones con el cuidado para la prevención del embarazo; tal vez se esté en presencia de un aumento de la conciencia reproductiva del varón en las nuevas generaciones. En beneficio de la democratización de la responsabilidad reproductiva, es importante seguir desarrollando líneas de investigación que profundicen el papel del varón adolescente en el proceso de la anticoncepción.

Perez V, Ruth; Cid Ar, Marcela; Lepe O, Yazna y Carrasco C, Carolina. 2003. *Conocimientos, actitudes y comportamiento sexual en un grupo de adolescentes chilenos, entre 14 a 19 años.*

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo en el periodo comprendido entre septiembre a noviembre del 2003, en la comuna de Chillán, Octava Región, Chile. Como instrumento para la recolección de la información se elaboró una encuesta (previamente validada) con un total de 33 preguntas de tipo abiertas y cerradas, la cual fue aplicada en forma anónima y confidencial. La encuesta contenía cuatro rubros de preguntas: información general, conocimientos sobre sexualidad, conducta sexual y actitud sexual. Se seleccionó una muestra de 398 alumnos de liceos municipales. Para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas de χ^2 y Mann y Whitney. Vivía con ambos padres 72.9%, 76.4% señaló haber tenido educación sexual, más de 50% refiere haber recibido información sexual de padres, profesores, amigos y/o medios de comunicación. De los hombres, 89.8%; y 92.9%, de las mujeres, mencionaron conocer algún método anticonceptivo. Reconoció el preservativo 84.4% como método que previene el contagio de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. Declaró haber tenido relaciones sexuales 21.6%, la edad promedio de 15.1 ± 1.8 años. De quienes han iniciado actividad sexual, 53.5% reconoció no haber usado ningún método anticonceptivo en su primera relación. El número de parejas sexuales en el grupo estudiado alcanzó un promedio de 1.8 parejas.

La casi totalidad de los estudios acerca de la iniciación sexual en el grupo adolescente, muestra que la práctica o la abstención de la actividad sexual

tienen relación directa con la estructura familiar y la enseñanza de valores, los cuales son reforzados en el colegio. Entre las motivaciones para iniciar actividad sexual, en los hombres predominó el placer, mientras que para las adolescentes las razones emotivas y las afectivas fueron más importantes. La mayor parte de la conducta sexual genital del adolescente es improvisada y repentina; pocas veces es premeditada. Aunque con capacidad biológica para la procreación, el adolescente por lo general no se encuentra maduro desde el punto de vista psicológico, social y emocional para enfrentar la responsabilidad que significa el proceso de la reproducción, lo que provoca que muchos inicien una actividad sexual precoz, basada fundamentalmente en relaciones pasajeras, carentes de compromiso, donde el continuo cambio de pareja es habitual, lo cual convierte la conducta sexual de los adolescentes en prácticas de riesgo que lo pueden llevar tanto al embarazo no deseado como a padecer de una infección de transmisión sexual (ITS). A pesar de tener cierto grado de conocimiento sobre sexualidad, los adolescentes asumen conductas de riesgo para su salud sexual y reproductiva.

Catacora López, F. & Villanueva Roque, J. (2004). *Conocimientos sobre vih/sida y prácticas sexuales de escolares de Tacna, Perú.*

El objetivo de esta investigación fue, determinar el nivel de conocimientos sobre el vih/sida y las prácticas sexuales de los escolares de 14 a 17 años. Estudio transversal realizado entre septiembre y noviembre del 2004, se realizó un muestreo probabilística bietápico por conglomerados en instituciones educativas nacionales y privadas. Se incluyeron 399 escolares que respondieron a una encuesta autoaplicada, el nivel de conocimientos fue

clasificado en inadecuado, regular y adecuado según el puntaje obtenido. Se establecieron las diferencias usando χ^2 y U de Mann-Whitney según correspondía. El nivel de conocimiento fue regular para la mayoría de adolescentes (46,4%). El inicio de relaciones sexuales fue a los 14,1 años en los varones y 15,4 años en las mujeres, Uno de cada tres (34,7%; IC95: 27,3-42,0) varones refirió haber tenido relaciones sexuales a diferencia de una de cada doce (8,5%; IC95: 4,6-12,4) mujeres ($p < 0,001$); de éstos 30% (IC95%: 19,3-40,7%) manifestó no haber usado preservativos en sus relaciones sexuales sin diferencias según sexo. La información sobre VIH/SIDA es recibida principalmente de folletos (69,4%), televisión (64,2%) y de sus profesores (62,2%).

Los resultados del estudio, muestran que la mayoría de los adolescentes conocen sobre el VIH-SIDA, principalmente en conceptos que se orientan hacia las formas de transmisión del virus. Sin embargo existen fallas y confusión en aspectos de prevención y protección del VIH-SIDA, respecto al uso del condón, abstinencia o monogamia. El nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA de los escolares de Tacna es regular, con inicio precoz de relaciones sexuales y uso limitado de preservativos, mostrando riesgo de contraer la infección a temprana edad.

Amaro Hernández, F., Reyes Guzmán, G., Palacios Martínez de Santelices, L. & Cardoso Núñez, O. (2006). *Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes de Camagüey, Cuba.*

El Objetivo de esta investigación fue incrementar el nivel de conocimientos sobre anticoncepción en los adolescentes de una secundaria básica. Se realizó

un estudio de intervención educativa en la secundaria básica Alfredo Álvarez Mola en el municipio de Camagüey, Cuba, desde septiembre de 2005 a Junio de 2006. Constituyeron el universo 398 adolescentes, conformaron la muestra 136 estudiantes. Se aplicó una encuesta antes y después de la intervención. La intervención se realizó en dos períodos que contaban cada uno con tres etapas: diagnóstica, educativa y evaluativo. Etapas diagnóstica: se les explicó a los adolescentes el motivo del estudio, se obtuvo el consentimiento informado y luego se realizó la encuesta inicial para determinar el nivel de conocimiento sobre anticoncepción. Etapas educativa: se aplicó las técnicas educativas para capacitar a los adolescentes. Etapas de evaluación: se aplicó nuevamente la encuesta al final para determinar la eficacia de la intervención.

Para cumplir con los objetivos de salida de esta intervención se creó un sistema de evaluación que permitió determinar el conocimiento alcanzado y se expresó de la forma siguiente: bien, regular y mal. El procesamiento de la información se realizó según el paquete estadístico microsat. Con respecto a la distribución de los adolescentes según el sexo y la **evaluación inicial**, se apreció que de 136 adolescentes el **59,57%** se evaluó de **mal**, el 30,14% de regular y sólo el 10,29% de bien, lo que permitió apreciar que la mayoría de los adolescentes tenían un conocimiento inadecuado sobre la anticoncepción por lo que no se encontraban listos para asumir una sexualidad responsable.

Al concluir la intervención se logró un incremento del nivel de conocimiento. Al apreciar la distribución de los adolescentes según el sexo y el resultado de la **evaluación final** se comprobó que el **57,35%** de los adolescentes alcanzaron la evaluación de **bien**, el 16,91% de regular y se mantuvieron mal el 25,74% de

ellos, el nivel de conocimiento sobre la anticoncepción en más de la mitad mejoró en gran medida.

Se demostró que un número elevado de adolescentes tenían un conocimiento inadecuado sobre la anticoncepción, gran parte de ellos habían iniciado de manera precoz su relación sexual y no utilizaron a sus padres como fuente de información. La realización de la intervención demostró la utilidad del estudio al permitir un incremento del nivel de conocimiento en la mayoría de los adolescentes.

Salazar-Granara, A., Santa Maria-Álvarez, A., Solano-Romero, I., Lázaro-Vivas, K., Arrollo-Solis, S., Araujo-Tocas, V., Luna-Rengifo, D. & Echazurrala, C. (2007). *Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima-Perú.*

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en 10 Instituciones Educativas Nacionales del distrito de El Agustino– Lima, aplicándose un cuestionario a adolescentes hombres y mujeres (n=1109), indagando acerca de conocimientos de planificación familiar, métodos anticonceptivos y usos; infecciones de transmisión sexual, inicio de relaciones sexuales y **comunicación familiar con los padres acerca de sexualidad**. Se reveló conocimientos sobre sexualidad calificados como malo en un 50% (n=632) y muy malo 15.5% (n=172). El inicio de la vida sexual activa fue 17.9% (n=199), con una edad promedio de 14.5 años, de los cuales el 83% (n=165) han tenido relaciones sexuales de riesgo (sin protección de “preservativo”). La

comunicación familiar global entre progenitores y adolescentes fue 19.4% (n=215) mala y 76% (n=843) muy mala.

La comunicación familiar global entre progenitores y adolescentes con los conocimientos sobre sexualidad, demostró que adolescentes con regular y mala comunicación familiar (95.4%; n=1058), tienen conocimiento malo y muy malo (70.1%; n=778); la comunicación familiar global entre progenitores y adolescentes con relaciones sexuales de riesgo, evidenció que adolescentes con regular y mala comunicación familiar (95.9%; n=1064), tienen mayor frecuencia de inicio de relaciones sexuales (16.5%; n=182), además más frecuencia de relaciones sexuales sin protección (13.9%; n=154).

El grado de conocimientos sobre sexualidad versus relaciones sexuales de riesgo reveló que adolescentes con grado de conocimiento malo y muy malo (72.5%; n=804), tienen mayor frecuencia en el inicio de relaciones sexuales (9.1%; n=100) y sin protección (7.8%; n=86), resultados estadísticamente significativos con un Chi-cuadrado de Pearson $p=0.000$.

Wang, L., Valeriano, C., Cáceres, B., Villalba, L., Vázquez, M. y Rojo, M., (2009). Los investigadores realizaron una ***sistematización de una experiencia innovadora de promoción de la salud sexual y reproductiva (SSR) y prevención del VIH/SIDA, dirigida a población joven entre 15 y 24 años Argentinos de bajos recursos***, a través del uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC).

Se utilizaron herramientas cualitativas y cuantitativas para indagar la ejecución del proyecto y el proceso de producción de los contenidos de salud. Por otro lado, se identificaron los conocimientos, actitudes y prácticas vinculadas a la

SSR y al VIH/Sida de las/los jóvenes potenciales usuarios de las plataformas, a fin de evaluar la apropiación de contenidos y la aceptación de los productos.

La propuesta se basó en la transferencia de la estrategia “Punto J”, una iniciativa de la ONG peruana IES (Instituto de Educación y Salud, Perú) que tiene como principal objetivo promover la participación y el liderazgo de adolescentes y jóvenes en la respuesta social frente al VIH/Sida a través de la creación y mantenimiento de un “portal para educar en sexualidad y VIH/Sida de joven a joven”.

El objetivo central se orientó a mejorar el cuidado de la salud y la calidad de vida de adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años, facilitando el acceso a la prevención del VIH/Sida y otras ITS. Los objetivos específicos se vincularon a la promoción del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención del VIH/Sida y otras ITS en la población joven a través del entrenamiento y el uso social de las TIC; y la creación de un portal Web especializado en contenidos de VIH/Sida construidos por los jóvenes participantes y dirigidos a esta población.

Se realizaron *entrevistas en profundidad* individuales a los representantes de la Fundación Huésped, equipo médico y profesional; *encuestas* aplicadas a adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años de todo el país convocados por mailing y facebook; *grupos focales* conformados por grupos de jóvenes y adolescentes capacitados y promotores del sitio web, durante los meses de junio, julio y agosto de 2009.

La utilización de diversas herramientas cualitativas y cuantitativas permitió indagar las percepciones de los distintos actores involucrados en el proyecto.

Como resultado de este proceso se creó <http://www.jluargentina.blogspot.com>,

un blog especializado en contenidos de salud y derechos sexuales y reproductivos, VIH/Sida e ITS.

Con la información obtenida en los grupos y esta encuesta se ajustó el diseño y los contenidos del blog, a fin de maximizar la eficacia y eficiencia de los mensajes de manera de hacerlos más acordes a la población destinataria.

Los y las jóvenes identificaron a Internet como un medio muy accesible porque es fácil utilizarlo, que además garantiza el anonimato. En relación al rol de las TIC en la SSR y en la prevención del VIH-sida como transmisora de contenidos, los entrevistados acordaron en la importancia del acceso a la información como herramienta que favorece la promoción del auto-cuidado en las personas jóvenes.

En relación al Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la prevención del VIH/Sida entre jóvenes potenciales usuarios del blog: los resultados de las encuestas on line fueron útiles para conformar la información que se brinda en el blog. Se planea realizar una próxima encuesta de evaluación post test a los jóvenes que respondieron el primer cuestionario, con el fin de identificar cambios en conocimientos, actitudes y prácticas referidas a la salud sexual y reproductiva (SSR) y la prevención del VIH/Sida antes y después de visitar el blog.

La promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos se ha facilitado a través de las TIC, en tanto que son herramientas que posibilitan la circulación de información variada, gratuita y abundante, y brindan la posibilidad de consultar e informarse manteniendo el anonimato. Sin embargo, el constante monitoreo del proyecto permitirá ir mejorando y ajustando la

información y los formatos que fueran necesarios. Los mismos seguirán siendo evaluados y difundidos en futuras investigaciones.

Wang, L., Vazquez M., Ravalli, M. J. y Durán A., (diciembre de 2010, enero de 2011) *Conocimientos, actitudes y prácticas en vih y salud sexual y reproductiva (SSR) y uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) entre adolescentes de argentina*

Para la realización de la investigación se aplicó una encuesta a adolescentes de ambos sexos entre 14 y 19 años, pertenecientes a distintos estratos socio-económicos y residentes en aglomerados urbanos de todas las regiones del país.

Se utilizó el método interaccional a través de entrevistas personales mediante la aplicación de un cuestionario semi-estructurado diseñado ad-hoc, sobre una muestra compuesta por 1100 casos de adolescentes de ambos sexos entre 14 y 19 años, estimándose un margen de error máximo de +/- 3.0% con un nivel de confianza del 95%.

Los principales resultados y recomendaciones, son:

No se observan grandes diferencias de acuerdo al nivel socioeconómico ni al lugar de residencia de los encuestados. La institución escolar demuestra tener un rol fundamental en facilitar el acceso a los conocimientos. Se observó baja frecuencia de consultas para prevención (menos del 40%) referidas a su salud sexual y reproductiva. En general los adolescentes se auto-perciben y son percibidos socialmente como una población sana y el cuidado de la salud no suele considerarse tan prioritario como en otros grupos de población. Se observa que es extendido el conocimiento que tienen los adolescentes acerca de los MAC (métodos anticonceptivos) especialmente del preservativo. Este

también es el método más utilizado por los participantes. El conocimiento acerca de la existencia de ETS (enfermedades de transmisión sexual) se restringe casi exclusivamente a la presencia del VIH. Respecto a las formas en que éste se transmite, se observa, la reiterada mención a la vía sexual y sanguínea, pero un amplio desconocimiento de la transmisión vertical (de la madre hacia el hijo). Se destaca la baja mención del uso de las TIC (tecnologías de la información y la comunicación) como el medio elegido para informarse sobre SSR (salud sexual y reproductiva).

DESDE TERAPIA OCUPACIONAL:

Lic. Erezuma, Maite y Lic. Russo, Marisol, (2010) trabajo presentado en el Congreso de T.O. 2011, La Plata. **“Taller de Educación Sexual y Reproductiva: una experiencia comunitaria desde Terapia Ocupacional”**.

Esta experiencia está basada en la realización de una práctica comunitaria de Terapia Ocupacional. Se llevo a cabo el Taller de Educación sexual y reproductiva en la Fundación FiloVitae de Quilmes, desde septiembre a diciembre de 2010, el cual fue dirigido a un grupo de 8 adolescentes de entre 13 y 16 años en riesgo social. El principal objetivo planteado se basó en promover actores que propicien el derecho a la salud sexual y reproductiva, enfatizando el desarrollo de la conciencia crítica en cada uno de los participantes. Para ello se genero un proceso de construcción colectiva de conocimiento sexual y reproductivo articulando éstos con la vida cotidiana. Asimismo, debido a las características del grupo, desde Terapia Ocupacional se trabajo no solo la temática principal sino también las problemáticas

adyacentes relacionadas con intereses, motivación, responsabilidad, valores, roles y hábitos.

El taller se desarrolló con estrategias lúdicas grupales para maximizar una verdadera participación popular. El trabajo grupal maximizó el resultado terapéutico de los sujetos, fomentó la participación de todos los miembros, gestó un clima de libertad y comunicación, y posibilitó la capacidad creativa y reparadora. El Taller se evaluó mediante la evaluación de los 8 participantes (escrita individual y grupal) y la observación de las T.O. Los resultados de ambas cumplen y superan los objetivos planteados.

BIBLIOGRAFÍA

- ◆ Amaro Hernández, F., Reyes Guzmán, G., Palacios Martínez de Santelices, L. & Cardoso Núñez, O. (2006). Centro Provincial de Ciencias Médicas. Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes. *Archivo Médico de Camagüey*, 14 (3), mayo-junio, 2010. [On line] octubre 2011, disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/artpdfred.jsp?lcve=211114981012>
- ◆ Catacora López, F. & Villanueva Roque, J. (2004). Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú. Conocimientos sobre vih/sida y prácticas sexuales de escolares de Tacna, Perú 2004. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.*, 24 (003), Pp. 240-247. Julio septiembre... [On line] Noviembre 2011, disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/363/36324307/36324307.html>
- ◆ Necchi, S. & Schufer, M. (2001) Adolescente varón: iniciación sexual y anticoncepción (Argentina). *Rev. Chil. Pediatr.* , vol.72, n.2 pp. 159-168. [on line] noviembre 2011, disponible en: <<http://www.scielo.cl/scielo.php?>
- ◆ Perez V, R., Cid Ar, M., Lepe O, Y. & Carrasco C, Carolina. (2003). Conocimientos, actitudes y comportamiento sexual en un grupo de adolescentes chilenos. *Perinatol. Reprod. Hum.* 2004, 18 (4), pp. 225-230. [On line] noviembre 2011, disponible en: <<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?>

- ◆ Salazar-Granara, A., Santa María-Álvarez, A., Solano-Romero, I., Lázaro-Vivas, K., Arrollo-Solís, S., Araujo-Tocas, V., Luna-Rengifo, D. & Echazurrala, C. (2007). Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de Agustino, Lima-Perú. *Revista Horizonte Médico* | 7 (2), pag 79-85. [On line] noviembre 2011, disponible en: http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2007_II/Art3_Vol7_N2.pdf

- ◆ Wang, L., Valeriano, C., Cáceres, B., Villalba, L., Vázquez, M. & Rojo, M., (2009) Sistematización de una experiencia exitosa de uso social de las TIC aplicadas a la prevención del VIH/SIDA. *Ea journal*. 2 (2) dic. 2010. [On line] noviembre 2011, disponible en www.ea-journal.com

- ◆ Wang, L., Vazquez M., Ravalli, M. J., Durán A., (2011) Conocimientos, actitudes y prácticas en vih y salud sexual y reproductiva (ssr) y uso de tecnologías de la información y la comunicación (tic) entre adolescentes de argentina. *Fundación Huésped. UNICEF. Argentina*. [On line] noviembre 2011, disponible en http://www.unicef.org/argentina/spanish/Resumen_ejecutivo_Final.pdf

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

1. SALUD

Para abordar el tema de PROMOCION DE LA SALUD es necesario considerar la evolución del concepto de SALUD a lo largo de la historia.

La TO Nora Beecher (1998) en un trabajo de cátedra, realiza un recorrido del concepto citando las diferentes definiciones a lo largo de la historia.

-Inicialmente fue definida como *ausencia de enfermedad*, la cual solo hace referencia a un hombre que tiene un padecimiento determinado. Presentada de esta forma, se asemeja a un estado alcanzado en determinado momento, una situación de constante equilibrio que se tiene o se pierde y no da lugar a pensar en la salud como resultado de una relación dialéctica del sujeto y sus circunstancias.

-La definición propuesta por Andrija Stampar en 1946, considera a la **salud** como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición incluye el entorno del sujeto pero no hace referencia a la dinámica de las interrelaciones en las que está inmerso.

-Visiones más recientes, revelan la necesidad de plantear una definición considerando la existencia de procesos que se modifican en relación dialéctica. Lía Rincón entiende a la salud como “el momento en que una población genera los medios para la satisfacción de sus propias necesidades”. Esto implica que una comunidad sostiene y determina el desarrollo de cada sujeto y por lo tanto promueve la salud de cada miembro.

2. ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

En la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977, se definió una política de salud aceptada por todos los países y denominada “*Salud para todos en el año 2000*”.

En el año 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma Ata, quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica distinta a las utilizadas hasta entonces.

En dicha conferencia se elaboró una declaración (Alma Ata, 1978) de la cual se obtienen algunas de las siguientes afirmaciones:

- ❖ La Conferencia reitera firmemente que la **salud**, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

- ❖ La **atención primaria de salud** (APS) es la *asistencia sanitaria esencial* basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y

autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Características:

- ◆ Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de **promoción**, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
- ◆ Comprende, cuando menos, las siguientes actividades:
 - * la **educación** sobre los principales problemas de **salud** y sobre los métodos de **prevención** y de lucha correspondientes;
 - * la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico;
 - * la asistencia materno infantil, con inclusión de la **planificación de la familia**;
 - * la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
 - * la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales;
 - * el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;

- ◆ Entraña la **participación**, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
- ◆ Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;
- ◆ Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para **trabajar como un equipo de salud** y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo.

David A. Tejada de Rivero (2003) (subdirector de la OMS de 1974 a 1985) realiza una crítica acerca de la comprensión superficial y simplista de la de **"atención primaria de salud"** que contribuyó a una muy restringida interpretación conceptual.

Los tres términos del concepto han sido mal interpretados.

En cuanto a la **"atención"**, la versión original en inglés usó el término **"cuidado"** (care), y no **"atención"**. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos.

En lo lingüístico, el término **"primario"** tiene diversas y hasta contrarias acepciones. Entre ellas, dos son extremas y hasta opuestas: una se refiere a lo **"primitivo, poco civilizado"**; y la otra a **"lo principal o primero en orden o grado"**. Por las percepciones simplistas y sesgadas de las experiencias que dieron origen al concepto fue más fácil, más cómodo y seguro entender el término **"primario"** en la primera acepción, cuando el espíritu de Alma-Ata se refería a la segunda.

La estrecha y errada interpretación de **"salud"**. La definición propuesta por Andrija Stampar decía que la salud es **"el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades"**. En la Declaración de Alma-Ata se agregan los conceptos de que la salud **"es un derecho humano fundamental, y que el logro del grado más alto posible de**

salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo" y que su realización "exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud".

El **propósito** de la APS consiste en *mejorar el estado sanitario de la población*, involucrándola a través de la *participación social*, brindando cobertura universal mediante **actividades de promoción y prevención de la salud**.

3. PROMOCIÓN DE LA SALUD

La **promoción de la salud** requiere de la toma de decisiones de Estado que comprometen a todos los sectores sociales.

Exige:

- *ciudadanos activos* que dejen de ser receptores pasivos,
- implica el *cuidado de la salud*, noción que denota relaciones horizontales, simétricas y participativas;
- no se aísla en un programa o en un servicio específico, sino que es intersectorial.

De este modo, se exige que las instituciones y personas tengan como objetivo lograr el más alto nivel de salud posible para la población y los grupos más vulnerables y que definan acciones y recursos para lograrlo.

La promoción de los estilos de vida saludables (*Jenkins, 2005*), implica el desarrollo de acciones en dos frentes: la prevención de enfermedades y la promoción de la salud

- ❖ La prevención de enfermedades suele centrarse en las enfermedades y traumatismos específicos y a menudo depende en mayor medida de las intervenciones directas de los profesionales de salud.
- ❖ La **promoción de la salud** comprende tanto la transformación de los comportamientos individuales y familiares como la ejecución de políticas de salud públicas dirigidas a la comunidad, con el fin de proteger a las personas frente a numerosas amenazas a la salud y despertar un sentimiento general de responsabilidad personal para potenciar al máximo la seguridad personal, la resistencia del huésped, la vitalidad y el funcionamiento efectivo de cada individuo.

Se han identificado tres fases de desarrollo de las enfermedades sobre las que las acciones preventivas pueden resultar efectivas: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

- **PREVENCION PRIMARIA:** el objetivo es procurar que la enfermedad no ocurra. Por Ej, por medio de: la vacunación, la motivación para abstenerse de drogas ilegales o la disminución de los factores de riesgo de las enfermedades del corazón.

La meta es llegar a la mayor cantidad posibles de grupos de población que corren o podrían correr el riesgo de sufrir un problema de salud determinado.

- **PREVENCION SECUNDARIA:** se refiere a la detección y a la intervención precoz frente a las enfermedades, antes que estas se hayan desarrollado por completo.

- **PREVENCIÓN Terciaria:** entra en acción cuando ya ha ocurrido la enfermedad o la lesión. No solo busca evitar el deterioro, sino que también intenta rehabilitar al paciente de manera que recupere plenamente la mayor parte posible de sus funciones físicas, mentales y sociales.

Blanco, R., Altaf, E., puntualizan:

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD es la estrategia que se debe utilizar para cumplir con la política internacional de salud “*Salud para todos*”.

PROMOCIÓN DE LA SALUD, son las acciones que llevan a la toma de conciencia por parte de cada uno de los integrantes de la sociedad, de los beneficios de preservar la salud física, mental y social y que cada uno actúe en consecuencia

Desde la perspectiva de la promoción de la salud se aborda a la población con el objetivo de brindar conocimientos y herramientas para que adopte conductas activas ante la salud, es decir, que cada persona adquiera responsabilidad en su cuidado y pueda lograr una vida plena y activa.

4. EDUCACION PARA LA SALUD

Kroeger, A., Luna, R., (1992) exponen que la estrategia de APS pretende que el individuo y la comunidad conozcan, participen y tomen decisiones sobre su propia salud. Para que esto sea posible es necesario que tome conciencia de cuál es su situación, y es entonces cuando entra en acción la educación para la

salud creando espacios de discusión y reflexión sobre aquellos problemas que más los afectan.

La educación para la salud debe generar el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transformen al individuo y la comunidad en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones. Es un proceso que tiene a lograr que la población se apropie de nuevas ideas, utilice y complemente sus conocimientos para así estar en capacidad de analizar su situación de salud y decidir cómo enfrentar mejor, en cualquier momento, sus problemas.

El éxito de la educación en salud solo puede alcanzarse en la medida en que el agente de salud logre captar la confianza y participación de la comunidad y esto solo es posible si se trabaja en función de sus necesidades, anhelos e inquietudes.

Para que la participación sea parte de un proceso educativo que conlleve al cambio y el mejoramiento consciente de las condiciones de vida, es necesario que se tengan en cuenta ciertos aspectos:

- a) Partir siempre de la práctica, de lo que la gente sabe, vive y siente; las diferentes situaciones y problemas que enfrentan en su vida
- b) Realizar un proceso de teorización sobre esa práctica, como un proceso sistemático, ordenado, progresivo y al ritmo de los participantes, que permita ir descubriendo los elementos teóricos e ir profundizando.
- c) Este proceso de teorización debe permitir siempre regresar a la práctica para transformarla, mejorarla y resolverla. Poder regresar con nuevos

elementos que permitan que el conocimiento inicial del cual se partió, ahora se pueda explicar y entender integralmente.

De esta manera es cómo la teoría se convierte en guía para una práctica transformadora y brinda las herramientas para generar cambios y tomas de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

- ◆ Beecher, N. (1998). Salud – Enfermedad - Salud Mental y Práctica Terapéutica. Apunte para la cátedra T.O. en Psicopatología Infanto Juvenil – Material de circulación interna.

- ◆ Blanco, R., & Altaf, E. Atención Primaria de Salud (APS), Promoción y Protección de la Salud. *Prevención de las patologías. Comunidad Científica de Buenos Aires*. [On Line] Consultado en mayo 2011, disponible en: <http://www.cctba.com.ar>

- ◆ Bustos, G., & Forte, N. (2004). Aporte de Terapia Ocupacional para la Prevención de la Drogadependencia. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina.

- ◆ *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata*. (1978). URSS, 6-12 de septiembre de 1978. [On Line]. Consultado en mayo 2011, disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm>

- ◆ Jenkins, C. (2005). *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento*. Publicación Científica y Técnica N° 590. OPS, OMS. Washington.

- ◆ Kroeger, A., & Luna, R. (comp.). (1992). Atención primaria de salud, Principios y métodos. OPS (pp. 153-161). Seg edición, Pax México, Librería Carlos Césarman, SA.

- ◆ Tejada de Rivero, D. (2003). Alma-Ata: 25 años después. *Perspectivas de Salud, OPS*. 8, (1). [On Line]. Consultado en mayo 2011, disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm>

Capítulo 2

TERAPIA OCUPACIONAL Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

¿Cuál es la esencia de la Terapia Ocupacional (TO)? ¿Qué aporte específico realiza a la sociedad en que vivimos, o más concretamente, a las personas a quienes debemos ayudar en nuestro trabajo diario? ¿Qué aportamos de diferente en los distintos equipos en los que trabajamos?

Para responder estos interrogantes es necesario ahondar en los conceptos fundamentales de la Terapia Ocupacional.

1. DEFINICION DE TERAPIA OCUPACIONAL

La definición de TO fue evolucionando a medida que crecía el campo profesional, la primera definición consensuada data desde el año 1919: "TO se puede definir como cualquier ocupación, mental o física, prescrita inicialmente por un terapeuta ocupacional y dirigida a un propósito concreto de recuperación o de aceleración del proceso de recuperación de la enfermedad o lesión." (Berrueta Maeztu, LM., Bellido Mainar, JR., Sánchez Cabeza, A., Guzman Lozano, S., Rubio Ortega, C., & Cantero Garlito, P., 2008).

En abril de 1986 la Asamblea Representativa adopta la siguiente definición:

"Terapia Ocupacional: Es la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida." (Hopkins-Smith 1998)

De esta definición se desprende que la intervención de TO se enfoca en las áreas de desempeño funcional: Actividades de la vida diaria (AVD), Trabajo y Actividades de Juego y Esparcimiento.

◆ La American Occupational Therapy Association, divide a las **AVD en Básicas e Instrumentales:**

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria** (actividades de autocuidado) Arreglo personal, Higiene oral, Baño, Higiene para orinar y defecar, Vestido, Alimentarse y comer, Movilidad funcional, Dispositivos para el cuidado personal, Sueño/descanso, *Expresión sexual: reconocer, comunicar y llevar a cabo actividades sexuales deseadas.*
- **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria** incluye: Cuidado de otros, Cuidado de animales domésticos y mascotas, Criar a los niños, Uso de dispositivos de comunicación, Movilidad en la comunidad, Gestiones financieras, *Control y mantenimiento de la salud (desarrollo, mantenimiento y control de las rutinas para la salud y la promoción del bienestar, tales como la salud física, la nutrición, disminución de las conductas de riesgo para la salud y rutinas de medicación).*

◆ **Trabajo**

- Manejo del hogar: cuidado de la ropa, Limpieza, Preparación de la comida y limpieza, Hacer las compras, Cuidado de la casa.
- Actividades educativas
- Actividades vocacionales: Exploración vocacional, Adquirir empleo, Planificación para la jubilación: determinar aptitudes, intereses y destrezas.

◆ Actividades de juego o esparcimiento

- Exploración de juego o esparcimiento: Identificar intereses, destrezas, oportunidades y actividades de juego apropiadas.
- Desempeño del juego o esparcimiento: Participar del juego usando destrezas físicas y sociales. Incluye Hobbies, uso del tiempo libre.
(Hopkins-Smith 1998)

En 2004 la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) realizó la siguiente definición: "TO es una profesión que se ocupa de promover la salud y el bienestar a través de la ocupación. El objetivo principal es capacitar a las personas para poder participar en las actividades de la vida cotidiana. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado mediante la habilitación de las personas para realizar aquellas tareas que optimizaran su capacidad para participar, o mediante modificación del entorno para que este refuerce la participación. Los terapeutas ocupacionales tienen una formación extensa que les proporciona las habilidades y los conocimientos para trabajar con aquellos individuos o grupos de población que sufren la afectación de una estructura corporal o función, debida a algún cambio de salud, y que por tanto hacen que experimenten limitaciones en su participación. (Berrueta Maeztu LM, et al, 2008)

De estas definiciones se pueden destacar los siguientes elementos:

- Es una profesión que se ocupa de **promover la salud y el bienestar a través de la ocupación.**

- La participación en las actividades de la vida cotidiana como eje de la profesión.
- La importancia del significado y el objetivo de la ocupación para la persona que la realiza.
- La influencia del entorno en la persona y en la realización de la ocupación, así como la posibilidad de modificar o adaptar dicho entorno.

La filosofía de la terapia ocupacional, proporciona un conjunto fundamental de valores, creencias, verdades y principios que guían las acciones de los profesionales de este campo.

Berrueta Maeztu LM, et al 2008, presentan los fundamentos filosóficos de la TO, adoptados en abril de 1979 por la Asamblea Representativa de la AOTA en Detroit, los cuales expresan:

“El hombre es un ser activo cuyo desarrollo está influenciado por la realización de actividades con objetivo. Utilizando su capacidad de motivación intrínseca, los seres humanos son capaces de variar su salud física y mental y sus ambientes físicos y sociales a través de la actividad con objetivo. La vida humana es un proceso de adaptación continua. La adaptación es un cambio en la función que promueve la supervivencia y la actualización de sí mismo. Los factores ambientales, psicológicos y biológicos pueden interrumpir el proceso de adaptación en cualquier momento a lo largo del ciclo vital. La disfunción se produce cuando la adaptación es deficiente. Las actividades con sentido facilitan el proceso adaptativo”.

Los grandes **propósitos de la TO**, son: promover el bienestar ocupacional, prevenir riesgos, desarrollar y rehabilitar la calidad del desempeño ocupacional autónomo, socializante, productivo y gratificante.

Promover: adoptar **acciones educativas** que orienten sobre la relación entre desempeño ocupacional y **calidad de vida**, y ofrezcan estrategias de conservación y mantenimiento.

Prevenir: disminuir o eliminar los factores personales, ocupacionales y del medio ambiente que conduzcan a limitaciones o restricciones en el desempeño ocupacional.

Desarrollar: orientar el surgimiento y progreso del potencial y capacidades humanas durante su intercambio con el medio ambiente.

Rehabilitar: guiar la restauración y compensación de las capacidades y habilidades disminuidas o ausentes.

2. PROMOCION DE LA SALUD Y T.O.

La promoción de calidad de vida "busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales, entendiendo por autonomía la capacidad de decidir y materializar proyectos de vida de acuerdo con necesidades, lo cual dependerá del acceso y distribución equitativa de oportunidades a una buena calidad de vida".
(D'Elia, y cols. 2002)

Para mejorar la calidad de vida es clave la promoción de la salud.

La Promoción de la Salud ha sido definida como, acción para abordar los determinante de salud que son potencialmente modificables (OMS, 1998). Busca “fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de disminuir su impacto negativo en la salud individual y de la comunidad. Para conseguirlo utiliza la estrategia de educación para la salud”. (Grupo Whoqol, 1994)

La promoción de la salud es un modo de intervención al cual T.O. puede contribuir, ya que tiene como propósito la promoción, prevención y desarrollo de las habilidades de cada individuo para lograr la mayor autonomía en el cuidado de su salud.

Por medio de la promoción de la salud, también puede extender su intervención en el campo de la **Salud Comunitaria** con el objetivo de promover la calidad de vida de la comunidad.

3. PROMOCION DE LA SALUD COMUNITARIA Y T.O.

Mariel Pellegrini (2006), plantea en su artículo sobre Terapia Ocupacional en el Trabajo de Salud Comunitaria que en Terapia Ocupacional se considera todos los aspectos de la persona, como un todo unificado, y este también es el foco en el trabajo comunitario. Las actividades de promoción de la salud deben considerar todas las "piezas" en cada tema específico - las personas del vecindario, los políticos, los profesionales, los centros religiosos, y demás centros comunitarios. Considerando siempre, que la promoción de la salud es

un proceso, una colaboración de muchas "piezas", y Terapia Ocupacional puede ser una de ellas.

Los T.O. pueden hacer contribuciones en cinco áreas de la promoción de la salud comunitaria:

1. aumentando el acceso a los servicios de salud,
2. desarrollando un ambiente saludable,
3. fortaleciendo los grupos y recursos comunitarios,
4. promocionando comportamientos saludables e incrementando los conocimientos acerca de la salud.

Pellegrini plantea que la **Carta de Ottawa** puede considerarse como el Marco Conceptual en el arte de la promoción de la salud, que brinda elementos que facilitan la intervención en terapia ocupacional.

a. Conceptos de promoción de la salud:

Promoción de la salud ha sido definida por la O. M. S. como el proceso de capacitar a las personas a aumentar el control sobre, e incrementar su estado de salud. Es la responsabilidad de los profesionales que trabajan en el marco de la promoción de la salud proveer las herramientas e información necesarias para promover y facilitar el cambio. Se reconoce que la promoción de la salud es una de las **intervenciones verdaderamente interdisciplinaria**, no hay "expertos", sino que cada individuo hace su contribución en el proceso.

b. Conceptos de intervenciones basadas en la persona

Este marco conceptual está focalizado en la colaboración entre el Terapeuta Ocupacional (T.O.) y la persona en todo el proceso terapéutico. Colaboración como connotación de compartir; hacer con, no hacer para o hacer a. Esto es verdaderamente un proceso mutuo.

Bustos y Fortes (2004) en su tesis de grado, proponen que el quehacer profesional implicaría propiciar el espacio de encuentro y reflexión, no desde el lugar "del saber", que se limita a la mera transmisión de conocimiento o información, lo que no siempre lleva a un cambio de actitudes: sino desde la paridad de roles, fomentando la participación, el intercambio de inquietudes, propuestas, etc., acompañando y estimulando a cada uno de los miembros en el proceso de toma de conciencia de sus propias necesidades y recursos de manera que se constituyan en el auténtico agente de salud.

c. Marcos conceptuales relacionando el ambiente y la comunidad

El ambiente, humano y no humano, influye en todos los aspectos del funcionamiento diario. La tercera edición de la Terminología Uniforme de Terapia Ocupacional, define que el ambiente es una herramienta que crea cambios, y puede ser adaptada para facilitar la función. Considerando esto, los T.O. necesitan considerar los diferentes componentes del ambiente - físicos, sociales, culturales, económicos e institucionales. Con esta consideración el T.O. puede verdaderamente tener una visión en un contexto comunitario.

La T.O. Geraldine Finn (1971), sostuvo que una profesión puede medirse en relación a cómo responde a las necesidades de su época. Este tiempo en la historia de las naciones está atravesado por temas tales como, la violencia y el abuso, la enfermedad mental, el desempleo, las enfermedades crónicas, el abuso infantil, la violencia familiar, el desamparo de la vejez, a lo que se le suman los problemas de acceso a los servicios de salud. Muchos de estos problemas afectan el desempeño ocupacional. (En Pellegrini, M., 2006)

Se deben iniciar esfuerzos para trabajar con los miembros de la comunidad para integrar servicios que promuevan, protejan y mejoren la salud de la población. Esto requiere que los T.O. se replanteen sus intervenciones, desde el marco conceptual biomédico a un marco social médico comunitario, asumiendo un rol activo en la construcción de comunidades saludables (Baum & Law, 1997).

Los cambios en el sistema de salud requieren que los T.O. se focalicen en las necesidades de salud a largo plazo, para ayudar a desarrollar comportamientos saludables que incrementen la salud y minimicen los costos asociados a las condiciones de discapacidad.

Nidia Martijena (1999), en relación a la prevención primaria plantea que el T.O. ejercerá acciones graduadas y sistematizadas participando en la implementación de planes y programas tendientes a prevenir, favorecer y mantener la salud psicofísica e integración social en los diferentes niveles: Nacional, Provincial y Municipal.

El interés primordial del T.O. es la salud, dentro de esta meta se encuentran los programas de salud para todos y estrategias de atención primaria tendientes a desarrollar actividades de promoción y protección de la salud.

También es necesaria la educación comunitaria como medio de difusión, sensibilización y toma de conciencia de los diferentes factores de riesgos que pueden preverse, para ello se utilizan los medios masivos de comunicación, las charlas comunitarias en instituciones, etc.

4. T. O. COMUNITARIA EN ARGENTINA

En nuestro país, la participación e inclusión de Terapia Ocupacional en el abordaje Comunitario tiene dos vertientes:

* Una relacionada con la RBC (Rehabilitación de Base Comunitaria), que surge a partir de la Conferencia de Alma –Ata (1978) y bajo la consigna, "Salud para todos en el año 2000. En el año 1979, la Dra. Amate de Esquivel (Directora Nacional de Rehabilitación) trajo a la Argentina desde Toluca, México, el Programa de RBC llevado a cabo por el Dr. Hinley Smith (Consultor Regional en Rehabilitación para América Latina y el Caribe, de OPS). La participación de TO en RBC se fue consolidando desde 1981, y brindó una mirada holística e integradora.

* La otra vertiente surge en el contexto de la crisis social (1988-1989) que se caracterizó por la eclosión de los estallidos hiperinflacionarios que afectaron a toda la población. Esta situación convoca a la Terapia Ocupacional a iniciar acciones en el abordaje comunitario.

Actualmente las Universidades Nacionales de La Rioja (UNLR); del Litoral (UNL); de Buenos Aires (UBA); de Quilmes (UNQ); de San Martín (UNSAM); de Mar del Plata (UNMDP); del Salvador (USal); Abierta Interamericana (UAI); de Villa María y el Instituto Universitario del Gran Rosario (IUGR) en sus planes curriculares han incorporado la asignatura en **TO Comunitaria** así como su práctica pre- profesional en campo.

Un trabajo de co autoría de la cátedra TO en Prevención Primaria y Comunidad de la UNMDP (2004), plantean que la estrategia de la APS como objeto de estudio de Terapia Ocupacional propone que cada T.O. sitúe al hombre y a la mujer en íntima relación con la comunidad donde vive. Que pueda reconocer, identificar y priorizar las necesidades, problemas y, a partir del diagnóstico, elaborar proyectos para aportar eficazmente a la solución, y también evaluar dichos proyectos.

Las incumbencias del Lic. en T.O. en el campo comunitario se definen:

“Participar en el planeamiento, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos destinados al diagnóstico, **prevención** y tratamiento de las enfermedades de la población”.

Las intervenciones se enfocan no solo contra la enfermedad, sino también por lograr una mejor calidad de vida, es decir prevenir la aparición de los factores que hacen que una comunidad provoque patologías en sus miembros. Se debe enfatizar la promoción de salud, apuntando a fortalecer los factores de protección.

Se reconocen dos grandes áreas de intervención a saber:

- El trabajo clínico en Comunidad que brinda servicios a personas con discapacidad, desarrollando programas de prevención secundaria y terciaria cuya intervención se orienta hacia la integración social de la persona en su medio.
- El trabajo en Salud Comunitaria en el que se planifican y desarrollan programas de prevención primaria, secundaria, promoción de la salud y desarrollo colectivo, donde la intervención se orienta a favorecer el diálogo, la organización y la autogestión en un proceso creativo que permita el desarrollo de habilidades y estrategias para cambios positivos comunitarios.

5. TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

Peña, E., & Villegas, I, (1996) explican que los tres principales modelos de equipos profesionales, más frecuentemente utilizados son: Multidisciplinario, Interdisciplinario y Transdisciplinario.

MODELO MULTIDISCIPLINARIO: conformado por un equipo multiprofesional en el que cada miembro, evalúa en forma independiente la situación o el paciente, establece un diagnóstico, y en base a este formula un plan de tratamiento, el que generalmente aplica en forma individual. Se realizan informes desde la perspectiva de cada disciplina.

MODELO INTERDISCIPLINARIO: se establece un coordinador del equipo, que integra y organiza los distintos aportes profesionales, por medio de un plan

cooperativo. El objetivo de este plan, es integrar las intervenciones de los profesionales que conforman el equipo en pos de un abordaje más eficiente y efectivo, en beneficio de la población de que se trate.

En la etapa del diagnóstico, los profesionales trabajan en forma individual, delimitando las características y necesidades desde el ángulo de su especialidad. Luego, cada profesional presenta los resultados obtenidos, es entonces que se llega a un acuerdo sobre la dirección de la intervención. En forma regular, el equipo se reúne, dirigido por su coordinador, para intercambiar información y observaciones sobre la evolución.

Nuñez García, S. (2007) propone que en este tipo de intervención la integración comienza ya en la formulación del plan de acción y en la especificación de la contribución de cada miembro: cada uno trata de tener en cuenta los procedimientos y trabajo de los otros en vista a una meta común, interdisciplinaridad es trabajo en equipo. Por ello, la coordinación, la comunicación, el diálogo y el intercambio son esenciales, para traducir los términos propios, aclarar los lenguajes ambiguos, seguir, aunque sea parcialmente, procedimientos metodológicos similares, etc.

MODELO TRANSDISCIPLINARIO: nos sugiere la unión de especialidades e implica, el subir a un nivel más elevado en la complementariedad de las disciplinas. Para que esta complementariedad sea posible, se considera necesario, un entrenamiento sistemático del grupo, que tienda, tanto al desarrollo de habilidades de interacción que promuevan la productividad de éste, como la capacitación en la entrega de conceptos profesionales y

terminología técnica, que facilite la adquisición de un lenguaje común, que conforma la base de este tipo de trabajo. Esto implica también, la necesidad de conformar el grupo de especialistas en forma relativamente estable.

Según lo expuesto anteriormente, la filosofía y propósito de la T.O. tiene como base la promoción de la salud y la máxima autonomía del hombre en búsqueda de la mayor calidad de vida.

La Promoción de la salud; es una de las **intervenciones verdaderamente interdisciplinarias**, no hay "expertos", sino que cada individuo hace su contribución en el proceso.

Tomando como referencia lo expuesto por Roland Barthes sobre que, "El trabajo interdisciplinario, no consiste en confrontar disciplinas ya constituidas (ninguna de las cuales desea, de hecho, abandonarse). Para hacer algo interdisciplinario no es suficiente elegir un tema y juntarse dos o tres ciencias a su alrededor. **La interdisciplina consiste en crear un nuevo objeto que no pertenece a ninguna.**"

El T.O. que sea parte de un programa o proyecto de Promoción de la Salud debe tener la disposición de compartir conocimientos e incorporar conceptos nuevos para lograr un lenguaje y metas en común, ser parte de una nueva forma de intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- ◆ Baum, C. & Law, M. (1997). 'Community Health: a responsibility, an opportunity, and a fit for Occupational Therapy', *The American Journal of Occupational Therapy*, AOTA, 52 (1), pp. 7-10.

- ◆ Berrueta Maeztu, LM., Bellido Mainar, JR., Sánchez Cabeza, A., Guzman Lozano, S., Rubio Ortega, C., & Cantero Garlito, P. (2008) Organizaciones profesionales de Terapia Ocupacional. *Revista TOG (A Coruña)* 5 (2), 128-160. [On line] Consultado en septiembre 2011, disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num2/foro.pdf>

- ◆ Bustos, G., & Forte, N. (2004). Aporte de Terapia Ocupacional para la Prevención de la Drogadependencia. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina.

- ◆ D'Elia, y cols. (2002). Estrategia de promoción de calidad de vida. Republica Bolivariana de Venezuela. En: Villamil Fonseca, O.L., Uribe Cano, V., Uribe Cano, L., & Soto, Y. (2009). Desempeño ocupacional en la etapa de ciclo vital de infancia a la luz de la estrategia promocional de calidad de vida. Colombia. *UMBRAL Científico. Revista de la Universidad Manuela Beltrán*. pp. 15 – 27. [On line] revisado octubre 2011, disponible en: <http://www.umb.edu.co/PDF/umbral15.pdf>

- ◆ Grupo Whoqol, (1994). Lo que significa promoción de la salud. En: Villamil Fonseca, O.L., Uribe Cano, V., Uribe Cano, L., & Soto, Y. (2009). Desempeño ocupacional en la etapa de ciclo vital de infancia a la luz de la estrategia promocional de calidad de vida. Colombia. *UMBRAL Científico. Revista de la Universidad Manuela Beltrán*. pp. 15 – 27. [On line] búsqueda octubre 2011, disponible en: <http://www.umb.edu.co/PDF/umbral15.pdf>
- ◆ Hopkins, H., Smith, H. (1998). Willard/Spackman. Terapia Ocupacional. Octava Edición. Madrid: Editorial Medica Panamericana, S.A. (pp. 4)
- ◆ Martijena, N., (1999). Terapia Ocupacional. Conceptos y aplicaciones Mar del Plata (Argentina): Martin. (pp.18, 19).
- ◆ Moruno Miralles, P., & Romero Ayuso, D. (2006). Actividades de la Vida Diaria. Barcelona (España): Masson, S.A. (pp. 9-10)
- ◆ Nuñez García, S. (2007). Enfoque multi, inter y transdisciplinario en el desarrollo social. Centro de investigaciones sobre América del norte. Desarrollo social Caribeño 2007. [On line] Búsqueda octubre 2011, disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/11346/Enfoque-Multi-inter-transdisciplinario-desarrollo-social.html>

- ◆ Pellegrini, M. (2006). *Terapia Ocupacional en el Trabajo de Salud Comunitaria*. Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales (AATO). Buenos Aires, Argentina. *Revista terapia-ocupacional.com el portal en español de terapia ocupacional*. Diciembre 2004. [On line] Búsqueda septiembre 2011, disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Salud-Comunitaria.shtml>

- ◆ Peña, E & Villegas, I. (1996). "Modelos de Equipos Profesionales". CERIL. [On line] Búsqueda septiembre 2011, disponible en: http://www.ceril.cl/p2_modelo_de Equipos.htm.

- ◆ Roland Barthes. En Beatriz Kalinsky, Wille Arrúe. Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural. Cap 5. Miño y Dávila editores S.R.L.

- ◆ Trabajo de co autoría cátedra TO en Prevención Primaria y Comunidad de la UNMdP. (2004). La estrategia de la APS como objeto de estudio de Terapia Ocupacional, presentado en "Cuartas Jornadas de Atención Primaria de la salud 2004" Municipalidad de Gral Pueyrredón, diciembre de 2004. Presentado en el Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional, año 2005, Cali, Colombia.

Capítulo 3

ADOLESCENCIA

ADOLESCENCIA

Etimológicamente, adolescencias proviene del latín *ad*: a, hacia, y *olescere*, de *olere*: crecer. Significa la condición y el proceso de crecimiento.

La **adolescencia** es el periodo de la vida en el que surgen caracteres sexuales secundarios, cambios hormonales, psicológicos y de comportamiento. Es el momento en el que se adquiere la capacidad reproductiva, se logra la consolidación de una identidad personal y social, la adopción de ciertos valores significativos y la elaboración de un concepto de sí mismo al que acompaña una autoestima básica.

No existe acuerdo en los límites de edad que comprenden a este período, como referencia la O.M.S. adopta la franja de edad entre los 10 y 19 años.

Otras conceptualizaciones lo dividen en tres fases de desarrollo psicosocial.

- pre-adolescencia: antes de los 10 años de edad
- Adolescencia temprana: entre los 10 y 13 años de edad
- Adolescencia intermedia: entre los 14 y 17 años de edad
- Adolescencia tardía: entre los 17 y 21 años de edad (Neinstein, 2002)

De acuerdo a lo expuesto por la Dra Marquina, M.I., (2010) en su tesis de maestría; la pubertad y adolescencia involucran una secuencia de cambios psiconeuroinmunoendocrinológicos, sociales y culturales que finaliza con la adquisición de la capacidad reproductiva, consolidando la personalidad, la identidad sexual, y el logro de la independencia.

Lleva además una impronta individual, del medio cultural, social, e histórico desde el cual se manifiesta. Es el ciclo de la vida donde hay un intrincado juego de fuerzas genéticas, nutritivas, traumáticas, sociales, culturales que afectan dinámicamente los rápidos cambios físicos, psíquicos, emocionales, y sociales.

Los cambios se manifiestan a nivel:

_ Físicos: el cuerpo se modifica en forma, tamaño, y fuerza, se complejizan sus funciones, adquiere la capacidad reproductiva; todo esto sucede en un lapso de tiempo relativamente corto, por lo cual en un principio le cuesta manejarlo e identificarse consigo mismo. Se define de acuerdo a su característica sexual.

El crecimiento se asume como crecimiento somático (aumento de tamaño ó masa), y desarrollo como la maduración de órganos y sistemas para adquirir nuevas y más específicas funciones. Desde el punto de vista biológico, existe un rápido crecimiento, cambios en la composición corporal, el desarrollo del sistema respiratorio, circulatorio, desarrollo de las gónadas, órganos reproductivos, caracteres sexuales secundarios, logro de la plena madurez física.

_ Psíquicos: Los cambios psicológicos que vivencia un/a adolescente dependen del marco referencial de la familia, la sociedad, la cultura y su propia historia vital.

Durante esta etapa de crecimiento y desarrollo el/la adolescente es un ser humano en crisis. Crisis que implica acomodación a una situación nueva; que comprende duelos por la infancia que se aleja y por los padres

idealizados que comienzan a ser vistos en su real dimensión. Va dejando paulatinamente el juego, para desarrollar la creatividad, adquirir capacidades nuevas, como las que se observan en el deporte, arte, informática ó bien al trabajo. Durante esta etapa cumple un rol muy importante la familia permitiendo que su hijo/a se desprenda y permitiéndole una libertad con límites, adquiriendo una corresponsabilidad.

_ Cognitivo, se desarrolla el pensamiento abstracto, reflexivo, existe un aumento de la percepción y a través de ellos la actividad creadora y exaltación de la fantasía para el manejo de la dualidad- fantasía. Todo lo cual le permite al adolescente la resolución de conflictos y problemas. Todas estas capacidades hacen, que pueda proyectarse hacia el futuro, valorar las consecuencias de sus actos, lo cual le permite mayor previsión, control interno, conciencia del ambiente que lo rodea, capacidad de empatía e idealismo.

_ Emocionales y sociales: La metamorfosis corporal va modelando “un joven- una joven”, también del mismo modo se va desarmando la estructura mental de la infancia para dar paso a una estructura mental con la cual el ser humano puede entenderse y entender.

En su interioridad pulsa un mandato biológico y del deseo, de asumir la sexualidad, las funciones reproductivas. Se pone en marcha la lucha interna entre el sistema establecido para funcionar adecuadamente en la infancia y la irrupción de los estímulos genitales, lo cual puede generar aumento de la ansiedad, puede retraerse tendiendo a aferrarse a estadios anteriores a través de tendencias de regresión, ó bien puede sobrepasar el momento e

intentar ubicarse rápidamente en una postura genital pseudo madura, vacía, frágil.

La consolidación de la personalidad se produce durante este complejo período en que el/la adolescente se ve sometido a la interacción de muy diferentes factores. Durante la adolescencia debe elaborar definidos sentimientos de feminidad ó masculinidad, para el logro de una sexualidad adulta.

Estas modalidades de funcionamiento se cumplen a través de ligazones cargadas de afecto entre el joven, su familia y el entorno social. Estos ligámenes dan curso a procesos de intercambio emocional intenso, de demanda, de resoluciones, de dar, de recibir, que finalmente dejan inscripto en el sujeto un nuevo modelo de funcionamiento.

Esta etapa culmina con la adquisición de una identidad propia, con la escala de valores morales, éticos, acordes al tiempo y espacio donde le toca vivir, elección vocacional ó laboral y formación de una pareja.

Como toda etapa de crisis existe un esfuerzo por mantener el equilibrio, etapa donde la vulnerabilidad está aumentada, por los cambios ya descriptos y por la sensación de omnipotencia propia de la edad. Sin embargo ante el riesgo la mayoría no presenta disturbios. Factores personales, sociales, así como también factores genéticos, calidad de cuidados parentales, historia previa, desempeñan un papel considerable. Para alcanzar su máximo potencial los/as niños/as y adolescentes requieren tiempo y condiciones favorables.

La salud del/la adolescente es la resultante del desarrollo de etapas anteriores y de los efectos de las circunstancias presentes. A su vez su salud física, mental, y social influirá en etapas posteriores y en generaciones futuras.

Tomando como referencia el enfoque psicoanalítico de Aberastury, A., & Knobel M. (1984), y de la psicología evolutiva de Carretero M, Palacios J, & Marchesi A. (1985), se pueden sintetizar las características de la adolescencia en las siguientes pautas:

❖ **Caracterización Global**

La adolescencia es un período de profundos cambios, marcado por la inestabilidad y aun por la provisionalidad. Es el momento en que la persona consolida sus competencias específicas y su competencia o capacidad general frente al mundo, a la realidad, al entorno social, estableciendo su adaptación y ajustes, sino definitivos, si los más duraderos a lo largo del ciclo vital. Por una parte, consume el proceso de internalización de pautas de cultura y de valor, y perfecciona el de adquisición de habilidades técnicas, comunicativas y, en general, sociales. Por otra, desarrolla y asegura la propia autoestima frente al medio, la eficiencia de las acciones instrumentales encaminadas a un fin.

Un sentimiento básico de ansiedad y depresión acompaña permanentemente al adolescente, el cual se refugia en sí mismo y en el mundo interno que ha ido formando durante la infancia, preparándose para la acción y elabora y reconsidera constantemente sus vivencias y fracasos.

La conducta está dominada por la acción, hasta el pensamiento necesita hacerse acción para poder controlarlo, no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta.

Es la etapa en que típicamente suelen comenzar conductas de riesgo en lo sexual, consumo de alcohol y drogas, violencia, automarginación social, delincuencia etc. Es también la edad romántica por excelencia, edad de la reivindicación de autonomía, de individualidad, de libertad, espontaneidad y vida a tope.

Es el momento de la elección vocacional, del proyecto de vida, de la adopción de creencia y actitudes, del compromiso con valores, sobre todo de la formación de la identidad personal y el afianzamiento de un yo capaz de autorregulación.

❖ **Búsqueda de sí mismo y de la identidad**

El niño entra en la adolescencia con dificultades, conflictos e incertidumbres que se magnifican en este momento vital, para salir luego a la madurez estabilizada con determinado carácter y personalidad adultos. Se logra lo que ERIKSON ha definido como una entidad yoica, una entidad personal.

Carretero M, col, (1985), cita a ERIKSON quien propone que la adolescencia constituye el momento clave y también crítico de formación de la identidad, a la cual define como: "la diferenciación personal inconfundible; es autodefinición de la persona ante otras personas, la sociedad, la realidad y los valores; y es, en fin, autenticidad, correspondencia de lo efectivamente desarrollado con lo embrionalmente presagiado. Es de naturaleza psicosocial y contiene elementos

cognitivos; el individuo se juzga a sí mismo a la luz de cómo advierte que le juzgan los demás.”

El problema clave de la identidad consiste en la capacidad del yo de mantener la mismidad y la continuidad frente a un destino cambiante, y por ello la identidad no significa para Erikson un sistema interno, cerrado impenetrable al cambio, sino más bien un proceso psicosocial que preserva algunos rasgos esenciales tanto en el individuo como en su sociedad.

Carretero también toma de Sorenson el concepto de la identidad; como “la creación de un sentimiento interno de mismidad y continuidad, una unidad de la personalidad sentida por el individuo y reconocida por otro, que es el “saber quién soy”.

Las modificaciones biológicas y morfológicas de su propio cuerpo que surgen en la pubertad participan activamente del proceso adolescente (Marina Mirta (coord.). (2009) ESI primaria).

En los **varones**: crecen rápidamente en altura. Los huesos se vuelven más robustos, y la musculatura más firme. Crece el pene y se agrandan los testículos, crece vello en el pubis, las axilas, la barba y el resto del cuerpo. Aumenta el ancho de los hombros en relación con la pelvis, que es más estrecha. Cambia la voz y se forma la nuez de Adán. Comienzan las eyaculaciones y la posibilidad de procreación.

En las **Mujeres**: crecen de manera acelerada, sobre todo en la estatura. Se agrandan las mamas y se producen secreciones vaginales transparentes o blanquecinas. Crece vello en el pubis, las axilas y las piernas. Se ensanchan los huesos de la cintura pélvica, forman una cavidad (está vinculado con la

posibilidad del embarazo y el parto). Acumulan grasa en distintas partes del cuerpo: senos, cadera y muslos. Comienza la menstruación y la posibilidad de procreación.

Todos estos cambios crean gran preocupación e influyen en las características de cómo es en ese entonces la búsqueda de sí mismo y de la identidad.

❖ **Comportamiento social**

Con la adolescencia el espacio de los intercambios o interacciones sociales se amplía mucho, en cierto modo se extiende a la sociedad entera, aunque por mediación de los grupos de amistad y de la subcultura juvenil, y comienza a debilitarse la referencia a la familia. La emancipación respecto a la familia, es quizá el rasgo más destacado de la nueva situación del adolescente.

La salida del adolescente de la órbita paterna coincide con su ingreso en otra órbita de influencia, la del grupo y de los compañeros. Hay un proceso de sobreidentificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno. A veces el proceso es tan intenso que la separación del grupo parece casi imposible y el individuo pertenece más al grupo que al grupo familiar.

El grupo de compañeros y también la amistad más íntima con alguien del mismo o de otro sexo constituye una experiencia decisiva. Las relaciones con los iguales, del mismo y del otro sexo, sirven de prototipos de las futuras relaciones entre adultos. El adolescente necesita compartir sus sentimientos, dudas, temores y proyectos con otras personas, y difícilmente puede hacerlo con los padres, que no le comprenden, aunque pongan mucho esfuerzo en ello. El adolescente se encuentra en el proceso de romper los lazos familiares y

para eso necesita desesperadamente del apoyo, la aprobación y la seguridad que le proporciona el grupo de sus iguales. Los de su edad serán así “modelos, espejos, auxiliares y contrastes” en su aventura de independencia, de cristalización de una identidad propia. (Douvan y Adelson, 1966, en: Carretero M, 1985).

El grupo constituye así la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individuación adulta. Después de pasar por la experiencia grupal, el individuo podrá empezar a separarse del grupo y asumir su identidad adulta.

❖ Necesidad de intelectualizar y fantasear

La necesidad que la realidad impone en renunciar al cuerpo, al rol y a los padres de la infancia, así como a la bisexualidad que acompañaba a la identidad infantil, enfrenta al adolescente con una vivencia de fracaso o de impotencia frente a la realidad externa. Las elucubraciones de las fantasías conscientes, y el intelectualizar, sirven como mecanismos defensivos frente a estas situaciones de pérdida tan dolorosa.

Aberatary, A. (1984) plantea que tal huida en el mundo interior permite una especie de reajuste emocional, un autismo positivo en el que se da un “incremento de la intelectualización” que lleva a la preocupación por principios éticos, filosóficos, sociales, que no pocas veces implican formularse un plan de vida muy distinto al que se tenía hasta ese momento. Surgen entonces las grandes teorías filosóficas, los movimientos políticos, las ideas de salvar a la humanidad, etc. También es cuando el adolescente comienza a escribir versos, novelas, cuentos y se dedica a actividades literarias, artísticas, etc.

Es el momento de empezar a tener valores personales. La adolescencia es la edad que define la orientación duradera que, por lo general, el adulto mantendrá respecto a metas, fines y proyectos social o personalmente valiosos.

Los valores son estructuras de creencia y actitud vinculadas a objetos, a situaciones y a metas, y que sirven de guía normativa a la acción, prestándole una relativa estabilidad y continuidad incluso bajo circunstancias cambiantes.

❖ **Crisis religiosas**

El adolescente puede ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso, como situaciones más extremas. Entre ellas hay una gran variedad de posiciones religiosas y cambios muy frecuentes.

El adolescente se pregunta quién es, que es, para luego intentar una respuesta más o menos adecuada a esta pregunta, interrogarse acerca de qué hacer con él, con lo que él supone que es. La preocupación metafísica emerge entonces con gran intensidad, las tan frecuentes crisis religiosas surgen como intentos de solución de la angustia que vive el yo en su búsqueda de identificaciones positivas y del enfrentamiento con el fenómeno de la muerte definitiva de parte de su yo corporal.

❖ **Desubicación temporal**

El pensamiento adquiere las características de pensamiento primario en donde las urgencias son enormes y a veces las postergaciones son aparentemente irracionales. El adolescente tiene dificultades para distinguir presente – pasado-

futuro, se puede unir el pasado y el futuro en un devorador presente.

Para el adolescente la noción temporal está marcada por manifestaciones corporales o rítmicas, o sea, basadas en el tiempo de comer, el tiempo de defecar, el de jugar, el de dormir etc. Se lo denomina tiempo vivencial o experiencial.

A medida que va elaborando los duelos, la dimensión temporal adquiere otras características y surge entonces la conceptualización del tiempo, que implica poder discriminar el pasado, presente y futuro. Cuando el adolescente puede reconocer su pasado y formular proyectos de futuro con capacidad de espera y elaboración en el presente, supera gran parte de la problemática de la adolescencia.

❖ Sexualidad

Lo que determina que la adolescencia introduce al sujeto en la vida adulta radica en que después de la pubertad, surge la conducta sexual biológicamente plena y la elección de un tipo de trabajo o profesión.

La elección de profesión, va a determinar aspectos del estatus, el rol, la identidad psicosocial, y en general el curso vital de la persona en el resto de su existencia.

Respecto a la conducta sexual plena, estamos ante un hecho evolutivo universal, transcultural. Con la pubertad comienza la capacidad sexual propia del organismo maduro. El desarrollo puberal le permite ciertos comportamientos (la copulación en sentido propio), ciertas experiencias (el

orgasmo) y ciertos resultados de sus actos (la reproducción).

La evolución del autoerotismo a la heterosexualidad, se la puede describir como un oscilar ente la actividad de tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital. En la adolescencia comienzan los contactos superficiales, las caricias cada vez más profundas y más íntimas que llenan la vida sexual del adolescente. También es la etapa del enamoramiento apasionado, tan intenso como frágil; aparece el "amor a primera vista" que muchas veces puede estar dirigido a una estrella de cine, del deporte y tiende a ser una figura idealizada.

Surge la curiosidad sexual, expresada en el interés por las revistas pornográficas, tan frecuente entre los adolescentes. El exhibicionismo se manifiesta en la vestimenta, el cabello, el tipo de bailes etc.

Es normal que aparezcan periodos de predominio de aspectos femeninos en el varón y masculinos en la niña. Esto corresponde a la bisexualidad característica de la niñez, llegar a la heterosexualidad adulta exige un proceso de aprendizaje de ambos roles, por lo tanto, es posible observar situaciones fugaces de homosexualidad, como por ejemplo, el contacto entre adolescentes del mismo sexo en salidas, bailes, etc.

El comportamiento sexual en los adolescentes en buena medida esta inducido por incitaciones externas. Pautas y guiones culturales gobiernan los rituales de interacción que culminan en la actividad sexual. Los prototipos y símbolos sexuales imperantes en una cultura determinan profundamente los contenidos, los modos y los significados de la conducta sexual. Enamorarse, haber tenido el primer coito, o conseguir la intimidad de un compañero o compañera

apetecible pueden constituir, para el adolescente, expresiones de motivos sociales tanto o más que de impulsos eróticos.

Las expectativas sociales acerca de lo que el joven o la joven han de hacer en tal o cual situación, por privada e íntima que la escena sea, definen mucho el curso de su actividad sexual. Para muchos adolescentes, además la intimidad sexual es una experiencia generadora de autonomía, de sentimiento de identidad, de autovaloración propia como persona atractiva y de toma de conciencia de su capacidad para la relación con otros. La sexualidad adolescente es búsqueda de significado y está cargada de ricas connotaciones simbólicas que trascienden con mucho el soporte físico de las actividades fisiológicas en que se realiza. (Miller y Simon, 1980. En: Carretero, 1985)

Las relaciones sexuales en la adolescencia constituyen comportamientos que jalonan la transición a la adultez. En ellas, esta satisfaciendo una necesidad de experimentación vital, de experimentar y de experimentarse, como adulto.

Monroy, A. (2002), expone que la identidad sexual abarca las siguientes características:

_ *Identidad de género*: se refiere al reconocimiento y la aceptación de sí mismos como hombre o mujer.

_ *Carácter sexual o carácter de género*: se refiere a la manera de actuar o comportarse como hombre o como mujer.

_ *Orientación sexual*: se refiere a la preferencia sexual. Está basada en los sentimientos persistentes de atracción sexual y emocional

hacia los hombres o hacia las mujeres o hacia ambos sexos.

Por tanto, la identidad sexual se conceptualiza como la parte de la identidad total del individuo que posibilita a cada persona reconocerse, asumirse y actuar como ser sexual y sexuado (Cerruti, 1995).

Citando a Fariña de Luna (1990), presenta las etapas en las que se divide el proceso de consolidación de la identidad sexual.

1° Etapa: Aislamiento

- a. Imagen corporal: distorsionada, preocupación e incertidumbre en relación con los cambios corporales. Dificultad en el cumplimiento de los hábitos de higiene.
- b. Formación de grupos cerrados de amigos del mismo sexo.
- c. Objeto sexual aun no definido
- d. Comportamientos sexuales: autoerotismo, exhibición, vocabulario vulgar.

2° Etapa: orientación incierta hacia la sexualidad

- a. Imagen corporal: adaptación a los cambios corporales. Interés por la apariencia.
- b. Etapa del amigo íntimo (reflejo de sí mismo).
- c. Objeto sexual aun no definido.
- d. Comportamientos sexuales: autoerotismo, cuentos y chistes, conductas homosexuales.

3° Etapa: apertura a la orientación sexual.

- a. Imagen corporal: Interés por la apariencia física.
- b. Objeto sexual: múltiples parejas con carácter más exploratorio que afectivo. Surgen los enamoramientos platónicos.
- c. Comportamientos sexuales: tipo exploratorio, fantasías eróticas, autoerotismo.

4° Etapa: apertura a la orientación sexual.

- a. Imagen corporal: aceptación y libre de distorsión.
- b. Relaciones estables con componentes de afecto y ternura (con amigos y con pareja).
- c. Objeto sexual: único (pareja estable).
- d. Comportamientos sexuales: autoerotismo, caricias, besos y en algunos casos relaciones sexuales.

(L. Velasco, 1996 (adaptación de la teoría propuesta por Fariña de Luna)).

La adolescencia, como ya fue expuesto, es un periodo de intensos cambios, al final de los cuales refleja en los diversos aspectos biológicos, psicológicos y sociales los siguientes logros, (Monroy, A., 2002):

- Desde el punto de vista biológico:
 - _ Capacidad para reproducirse
 - _ Finalización del crecimiento corporal
- Desde el punto de vista psicosocial:

_ Intimidad: capacidad para las relaciones maduras, tanto sexuales como emocionales (Cusminsky y Vojkovic, 1992)

_ Identidad: sentido coherente de "quién soy", a lo largo del tiempo, que no cambia significativamente de un contexto a otro (Cusminsky y Vojkovic, 1992). En la adolescencia se consolida la identidad psicológica, sexual y social.

_ Integridad: consiste en la integración de ideales, convicciones, normas y creencias, por una parte, y la conducta por otra.

_ Independencia económica: una capacidad de dejar a la familia y ganarse el propio sustento: ingreso, vivienda, transporte, etc. (Cusminsky y Vojkovic, 1992)

_ Autonomía: capacidad humana para la supervivencia, el pensamiento y el discernimiento independientes; tiene que ver con cuán intrínseca o extrínseca es la fuente de aprobación de sí mismo, es decir, hasta qué punto esta reside en la persona o el medio social. (Branden, 1994)

_ Confianza: percepción de que uno posee las habilidades y herramientas necesarias para afrontar los desafíos básicos de la vida (Pittman y Wrigth, 1991).

_ Responsabilidad: sentimiento de ser el principal agente causal de la propia vida y conducta (Branden, 1994).

BIBLIOGRAFÍA

- ◆ Aberastury A., & Knobel M. (1984) La adolescencia normal. Un enfoque Psicoanalítico (pp. 45-102). Buenos Aires: Paidós.

- ◆ Carretero M., Palacios J., & Marchesi A. (1985) Psicología evolutiva. 3. Adolescencia, madurez y senectud. Compilación (pp. 98-138). Madrid: Alianza.

- ◆ Marina Mirta (coord.). (2009). Educación sexual integral para la educación primaria: contenidos y propuestas para el aula - 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación. [On line] Consultado en julio 2011, disponible en: http://www.me.gov.ar/me_prog/esi/doc/esi_primaria.pdf

- ◆ Marquina, M.I., (2010). Tesis de Maestría: “Una mirada Psiconeuroinmunoendocrinológica del adelantamiento de la edad de la menarca”, Ciudad de Santa Rosa, La Pampa, agosto 2010.

- ◆ Monroy, A. (2002). Salud y Sexualidad en la adolescencia y juventud. Guía práctica para padres y educadores.(pp. 12 – 20). México: Pax México

Bibliografía de referencia:

- ◆ Aberastury A., & Knobel M, (1991). La Adolescencia Normal. Buenos Aires: Paidós

- ◆ Atención Integral de Adolescentes y jóvenes, Sociedad Argentina de Pediatría, Vol. I, 1990 y Vol. II, 1996.
- ◆ Castells P., & Silber T., (1998). Guía Práctica de la salud y psicología del adolescente.
- ◆ Dolto F., & Dolto-tolitch C, (1992). Palabras para Adolescentes o el complejo de la langosta. Buenos Aires, Ed. Atlántida.
- ◆ Freud A., (1985).El Psicoanálisis y la crianza del niño. Volumen 8 de Biblioteca de psicología profunda. Buenos Aires: Paidós.
- ◆ Silber T., Munist M., Maddaleno M., & Suarez Ojeda E., (1992). Manual de Medicina de la Adolescencia, OPS.

Capítulo 4

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. SEXUALIDAD

La sexualidad se desarrolla a lo largo de toda la vida y no sólo está determinada por la condición biológica de ser varón o ser mujer. Es un proceso dinámico que se expresa por una serie de manifestaciones socioculturales.

Existen diversos conceptos sobre la sexualidad humana; en el año 2002, la OMS desarrollo la siguiente definición:

“La sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencia o se expresan siempre. La sexualidad se ve influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. En resumen, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos”.

Bianco, M., & Re, M.I., (1998) definen; “La sexualidad es un proceso dinámico y complejo que comienza cuando nacemos y se manifiesta de manera diferente a lo largo de nuestra vida. A medida que vamos creciendo, incorporamos pautas y comportamientos vinculados a nuestra sexualidad. La sexualidad se desarrolla por la interacción con los otros, en la familia, la escuela, los grupos sociales en los que actuamos y la sociedad en general”.

La sexualidad involucra sentimientos, percepciones y opiniones ligados a nuestra identidad. Como tal, constituye un componente muy importante de nuestra identidad, que se manifiesta en todas nuestras actividades e interacciones con la sociedad, es mucho más que la genitalidad y las relaciones sexuales.

2. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual incluye la salud reproductiva, pero se extiende más allá de la atención relacionada con la reproducción.

Luque R., Puerta G., Hernandez C., Gutierrez S., García R., & otros. (2006) citan las siguientes definiciones:

“La **Salud reproductiva** es el estado general de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o malestar, en todos aquellos aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Implica que las personas sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura, y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir si hacerlo, cuándo y cómo”. (UNPOPIN, 1994)

“La **Salud sexual** es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder

conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas". (OPSWAS, 2000)

La salud sexual se manifiesta en el **autocontrol** para **decidir** cuándo se comienza la actividad sexual, control sobre la elección que haga la pareja sexual, y control sobre la frecuencia de la actividad sexual. La salud sexual incluye el **derecho** a postergar y/o rechazar relaciones sexuales, particularmente si éstas pueden conducir a consecuencias negativas como un embarazo no deseado o una infección (WAS, 1999).

El reconocimiento de los derechos sexuales es inherente a la salud sexual, lo que implica que los individuos tienen derecho a libertad sexual, privacidad, equidad, placer y a elegir de forma libre y responsable.

Schutt-Aine, J., & Maddaleno, M., (2003) proponen los resultados deseables de la salud sexual y el desarrollo de los adolescentes.

Reconociendo que la sexualidad es parte natural del proceso de desarrollo humano, las sociedades y los países deben definir qué consideran ellos un adolescente sexualmente sano, de acuerdo a las etapas del desarrollo.

Algunas características deseables en **adolescentes sexualmente saludables** de Estados Unidos, son:

- Aprecia su propio cuerpo
- Entiende los cambios puberales y los considera normales
- Busca información adicional cuando la necesita

- Afirma que el desarrollo humano incluye el desarrollo sexual, que puede o no incluir la reproducción o la experiencia sexual genital
- Identifica y vive de acuerdo a sus propios valores
- Se responsabiliza de su conducta
- Toma decisiones de forma práctica
- Se comunica de forma efectiva con su familia, sus pares y compañeros
- Comprende las consecuencias de sus acciones
- Es capaz de distinguir entre sus deseos personales y los del grupo de pares
- Asume su propia identidad y orientación sexual y respeta la de los demás
- Considera a la familia como una fuente de apoyo valiosa
- Expresa el amor y la intimidad de formas apropiadas
- Desarrolla y mantiene relaciones significativas
- Exhibe habilidades que enriquecen sus relaciones personales
- Respeta los derechos de los demás
- Interactúa con ambos sexos de manera respetuosa y adecuada
- Tiene un adulto (dentro o fuera de la familia) con el que puede hablar, hacer preguntas y que le sirve de modelo
- Conoce sus expectativas y las de sus padres
- Disfruta y expresa su sexualidad durante toda su vida

- Expresa su sexualidad de forma congruente con sus propios valores
- Disfruta las sensaciones sexuales sin actuar necesariamente en respuesta a ellas
- Discrimina entre las conductas sexuales que enriquecen la vida y aquéllas que son perjudiciales para sí mismo y/o para los demás
- Expresa su propia sexualidad respetando los derechos de los demás
- Busca nueva información para enriquecer su sexualidad
- Se involucra en relaciones apropiadas para su edad que son consensuadas, honestas, agradables y seguras
- Previene el abuso sexual y evita las relaciones de explotación y manipulación
- Practica la abstinencia o el uso de anticonceptivos de forma efectiva para evitar embarazos no deseados y evitar contraer o transmitir una ITS, incluyendo el VIH
- Practica conductas para promover la salud, tales como chequeos regulares, y la identificación temprana de problemas potenciales
- Cree que los hombres y las mujeres tienen los mismos derechos y responsabilidades en el amor y en las relaciones sexuales
- Puede distinguir entre amor y atracción sexual
- Actúa según sus propios valores al enfrentar un embarazo no deseado y busca atención prenatal temprano

- Demuestra respeto por las personas con diferentes valores sexuales
- Ejercita la responsabilidad democrática para influenciar la legislación relacionada con temas sexuales
- Evalúa el impacto de los mensajes familiares, culturales, religiosos, sociales y de los medios de comunicación sobre sus propios pensamientos, sentimientos, valores y conductas relacionados con la sexualidad
- Promueve el derecho de todas las personas a recibir información sexual precisa
- Evita conductas que demuestran prejuicio e intolerancia
- Rechaza los estereotipos acerca de la sexualidad de diversos grupos humanos
- Educa a los demás sobre la sexualidad
- Promueve la igualdad entre hombres y mujeres

(Criterios adoptados por OPS en colaboración con la World Association for Sexology en la publicación "Promoción de salud sexual: Recomendaciones para la acción" en mayo 2000.)

Un adolescente sexualmente saludable es capaz de comunicarse con su familia, de interactuar con sus pares (del mismo sexo y del opuesto) de una forma respetuosa, y es capaz de expresar su amor e intimidad de manera apropiada. La sexualidad sana implica una madurez psicológica y cognitiva que permite a la persona comportarse de manera que promueva su salud, incluyendo su salud sexual.

En otras palabras, una persona debe tener las capacidades que le permitan apreciar su propia sexualidad, disfrutar los sentimientos sexuales, ser responsable de su propia conducta sexual y ser capaz de evitar situaciones que le lleven a consecuencias no deseadas.

3. PROMOCION DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA

En el desarrollo de estrategias de promoción de salud deben tomarse en cuenta las características propias de la población a las que se dirigen (edad, cultura, ecología, necesidades, aspecto socioeconómicos). Se parte del principio de que la promoción de la salud tiene como principal objetivo el cambio en las prácticas de salud, las cuales pasan primero por un cambio en la actitud y una mejoría en los conocimientos, todo lo cual se impregna como parte de un proceso educativo que se debe iniciar desde la niñez, continuarse en la adolescencia y posteriormente en la vida adulta.

Ulate Mora, F., cita a Serrano quien plantea las siguientes **metas** en la promoción de la salud en adolescentes:

a)-**Capacidad de autocuidado**: La capacidad de autocuidado se puede desarrollar en dos grandes tipos de acciones que llamaremos de construcción y de desconstrucción. Las de construcción serían aquellas acciones de protección y fomento de conocimientos, actitudes y conductas saludables y las desconstrucción a aquellas acciones que tienen como objetivo la disminución o desaparición de los conocimientos, actitudes y conductas no saludables.

b)-**Estilos de vida saludable.** La promoción de estilos de vida saludable se enfoca dentro de la capacidad de autocuidado porque reúne todas aquellas acciones que promueven la adopción de conductas que producen efectos saludables en los aspectos físico, mental como social.

c)-**Apoyo mutuo.** El apoyo mutuo entre adolescentes, toma en cuenta la solidaridad que los caracteriza como un medio de transmisión de conocimientos, actitudes y prácticas.

La promoción de la salud tiene dos oportunidades educativas muy sensibles: en la preadolescencia y la adolescencia. Estas dos oportunidades educativas deben verse como un proceso dinámico y continuo que incluye las vivencias cotidianas (lo que incluye las influencias desde la niñez de los adultos como modelos en salud) y la educación formal. Podemos afirmar que no es posible pensar en una promoción de la salud sostenible, sino se inicia desde la niñez y la adolescencia.

La adolescencia es un período de cambios muy profundos y rápidos; debido a la acción hormonal surge un nuevo cuerpo adulto capaz de procrear. En el aparato genital femenino se manifiesta por el inicio de la menstruación, y en el masculino se producen las primeras eyaculaciones, que generalmente son nocturnas, y ya desde un principio contienen espermatozoides.

Tener un cuerpo de hombre o de mujer, significa también, cambiar la forma de estar y actuar con los demás. Surge el despertar de los deseos y conductas sexuales del adolescente. Éstos están frecuentemente confusos sobre lo que pueden permitirse hacer o no hacer en materia de sexualidad, en muchos

casos la información que tienen es inadecuada, ya que sus fuentes de información no son las apropiadas (amigos, revistas, videos pornográficos, etc.)

En consecuencia tienen relaciones coitales sin planificar, sin usar métodos anticonceptivos, como también prácticas de riesgo (sexo oral, conductas promiscuas etc) y esto determina que son una población de riesgo ante embarazo no deseado y de Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.).

Por todo esto, y por la curiosidad que sienten por saber más de sí mismos, es importante que reciban educación sexual para que puedan tener una sexualidad plena y responsable.

Diaz Pastén, S. (2009), plantea que el conocimiento sobre la fisiología del cuerpo, en especial el funcionamiento de los órganos relacionados a la sexualidad y la reproducción tiene diferentes niveles, según la zona de procedencia y nivel de escolaridad de las mujeres. Un indicador que es básico sobre salud sexual y reproductiva es el conocimiento del ciclo menstrual, y en toda la región, el nivel de conocimiento es bajo. En cambio, el conocimiento sobre métodos anticonceptivos está ampliamente distribuido por todos los países de la región, con leves diferencias entre países con mejor nivel económico. Lo que resulta dramático es identificar que las mujeres tienen vacíos importantes sobre asuntos de salud sexual y reproductiva pues, saben dónde distribuyen los métodos, han escuchado de ellos y pueden estar en capacidad de utilizarlos, sin embargo, desconocen cómo funciona su propia fisiología de reproducción, lo cual puede suscitar un uso inadecuado y no seguro de los métodos de prevención de embarazos, con consecuencias negativas sobre la satisfacción de la sexual y reproductiva ejercida.

Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M.(2003) en relación a la Salud sexual y sexualidad de adolescentes plantean que la adolescencia a menudo se caracteriza como un período de oportunidad y de riesgo—y el comportamiento de asumir riesgos se extiende a la sexualidad.

La sexualidad y el bienestar sexual del adolescente son componentes integrales de su salud y desarrollo. Todos los seres humanos son intrínsecamente sexuales y el desarrollo sexual evoluciona durante la infancia y la adolescencia, sentando las bases para la salud sexual del adulto. Adaptarse a los cambios sexuales y proteger su salud, incluyendo su salud reproductiva, es uno de los mayores retos de los adolescentes. El periodo adolescente es un momento oportuno para abordar la salud sexual y las inquietudes sobre la sexualidad con el fin de mejorar la salud general de los jóvenes.

Las Conductas de riesgo se las define como; aquellas conductas que predisponen a un resultado de salud negativo (por ejemplo, el coito sin protección es una conducta de riesgo para la salud, que predispone para ITS y embarazos no deseados, que son resultados de salud negativos).

Se debe estimular la sexualidad adolescente responsable para evitar las consecuencias negativas de la conducta sexual.

“La conducta sexual responsable se expresa en el ámbito individual, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por ser autónoma, mutua, honesta, respetuosa, consensual, protectora, que busca el placer y el bienestar. La persona que muestra una conducta sexual responsable no pretende provocar

daño, y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación”. (OPSWAS, 2000).

El desarrollo sexual sano lleva a tomar mejores decisiones, tales como el retraso en el inicio de la actividad sexual, períodos más prolongados de abstinencia y un mayor uso de anticonceptivos, lo que conlleva a resultados positivos de la salud sexual y evitar efectos negativos.

Los principales resultados negativos de la salud sexual del adolescente son:

- EMBARAZO

Los embarazos no deseados tienen consecuencias poco saludables para los y las adolescentes, especialmente las jóvenes, tales como abortos de alto riesgo, matrimonios tempranos o forzados, menor nivel de educación y de oportunidades de ganar un buen salario, sin mencionar las consecuencias de tener hijos no deseados a una edad temprana, lo que tiene implicaciones económicas y de salud, tanto para la madre como para el niño. En comparación con mujeres adultas, las jóvenes adolescentes embarazadas muestran una tendencia a buscar control prenatal tardío o a no buscarla en absoluto, lo que a menudo contribuye a un mayor riesgo de sufrir complicaciones relacionadas con el embarazo.

- ABORTO

Las estadísticas muestran que, muchas jóvenes adolescentes que se quedan embarazadas buscan servicios de aborto. Las adolescentes más pobres tienen más posibilidad de acudir a los servicios de aborto clandestinos que son más

baratos y se realizan en condiciones no saludables, contribuyendo así de forma significativa a incrementar los porcentajes de morbilidad y mortalidad de las jóvenes. Los riesgos de mortalidad materna se pueden reducir considerablemente por medio de la prevención del aborto mediante la prevención de embarazos, promoción de la abstinencia o el uso efectivo de anticonceptivos modernos.

- **INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)**

El inicio del coito a una edad temprana se asocia con una mayor posibilidad de contraer ciertas ITS. Algunas de las razones son conductuales y se aplican tanto a varones como a mujeres. Los varones adolescentes son menos constantes y efectivos en el uso de anticonceptivos que los adultos, y se benefician menos de los efectos protectores. El inicio del coito en edades precoces generalmente significa que se tendrá mayor número de parejas y, por lo tanto, una mayor exposición a enfermedades que los individuos que retrasan el inicio de la actividad sexual hasta la adolescencia tardía o adultez joven (Coupey y Klerman, 1992, Howard, 1992; Morris, 1992. En: Schutt-Aine, J. & Maddaleno, M.(2003)).

Los factores sociales y conductuales también contribuyen a que las personas jóvenes se encuentren en mayor riesgo de contraer el VIH/SIDA, porque tienen menos probabilidades de estar casados y tienen más parejas informales. La propagación del VIH/SIDA depende en gran medida de las conductas de las personas jóvenes.

El Ministerio de salud de la Nación, 2009 informa que, durante el período 2001-2008 se verifica en nuestro país un aumento en el porcentaje de jóvenes diagnosticados de VIH de 10% (período 2001-2004) a 20% (período 2005-2008).

El **sexo seguro** es un término utilizado para especificar las prácticas y conductas sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir ITS, especialmente el VIH (OPSWAS, 2000. En, Schutt-Aine, J. & Maddaleno, M., 2003).

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La Salud sexual y reproductiva es actualmente una cuestión social de resonancia internacional. En Argentina está vigente la *Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25.673*, sancionada en 2002 la cual sustenta el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.

Resulta muy importante que los y las adolescentes identifiquen y conozcan sus derechos sexuales y reproductivos, los que constituyen una ampliación del derecho a la salud integral y al desarrollo, e incluyen muchos otros derechos de las y los jóvenes:

- Derecho a decidir tener o no relaciones sexuales, libres de todo tipo de coerción y violencia.
- Derecho a decidir tener o no hijos o hijas, el número de hijos o hijas, cuándo y con quién tenerlos.

- Derecho a educar y criar a sus hijos o hijas, en caso de ser padres durante la adolescencia, contando con el apoyo de la comunidad y la escuela para tal fin.
- Derecho a recibir una educación sexual temprana y adecuada en la casa y en la escuela; a obtener información y orientación completa, veraz y suficiente sobre su cuerpo, sus funciones y procesos reproductivos para, que puedan tomar decisiones y favorecer el autoconocimiento.
- Derecho a no ser expulsados o expulsadas de ninguna institución por embarazo, maternidad o por tener VIH/sida.
- Derecho a no ser discriminados o discriminadas por la orientación e identidad sexual
- Derecho a acceder a servicios de salud adecuados y gratuitos, que respeten el principio de confidencialidad, de equidad y el derecho a la intimidad de los y las adolescentes.
- Derecho a acceder, en forma gratuita, a métodos anticonceptivos seguros, accesibles y de calidad y a elegir el que más se adapta a sus necesidades, criterios y convicciones.
- Derecho a alcanzar el más alto nivel de salud sexual y reproductiva.
- Derecho a participar en la planificación de programas o políticas relacionados con derechos sexuales y reproductivos.

4. EDUCACION SEXUAL

Galli, N., (1984) cita a Francois, L. (1948), el cual establece claramente la diferencia entre información y educación sexual. Confía a la "información

sexual” el enunciado de conocimientos precisos sobre biología, anatomía y fisiología, es decir, los aspectos objetivos y funcionales del sexo; y a la “educación Sexual” le asigna la tarea de motivar al educando para disciplinar los impulsos y someterlos a la voluntad y a la razón.

Citando también a Kretschmer expone; “la generación joven debe comprender el drama del amor y no conocer solo unos hechos externos. La instrucción científica promueve una actitud egocéntrica y carente de amor, si se la abandona a sí misma; facilita y abre la vía a la vida sexual, sin ahondarla interiormente”.

La educación sexual confiere a la información un suplemento de alma, motivando al joven a asumir la sexualidad en la totalidad de la persona. Considerando necesario abordar los aspectos biofisiológicos, psíquicos, socio intelectuales y morales.

Saavedra Andrade, M., (1994) determina que la Educación Sexual es educación para los valores. Contribuye a que hombre y mujer vivan mejor su sexualidad y tiene como objetivos principales fortalecer el respeto, el amor, la responsabilidad y la libertad. Adquirir una educación sexual significa aprender a valorar el cuerpo, a gozar del placer del contacto físico, a experimentar la plenitud del ser hombre o de ser mujer, a estimarse y cuidarse a sí mismo para poder amar y cuidar a los demás.

Para Cerruti, (1997) Educación Sexual es "el proceso educativo continuo vinculado profundamente a la formación integral de niños y jóvenes que les aporte información científica y elementos de esclarecimiento y reflexión para

incorporar la sexualidad de forma plena, enriquecedora y saludable en los distintos momentos y situaciones de la vida".

Luque R. Puerta G. Hernandez C. Gutierrez S.; Ricardo García & otros, (2006) en su proyecto Educación para la Sexualidad definen que la Educación para la Sexualidad es un proceso de preparación de las personas, a lo largo de su vida, para el encuentro libre, responsable y pleno con su sexualidad y con la de las demás personas.

La educación para la sexualidad facilita la identificación, aceptación y valoración del cuerpo y la necesidad de su cuidado, posibilita el aprendizaje de la estructura y funcionamiento del sistema sexual masculino y femenino como parte integral de las funciones corporales. Facilita el desarrollo de sentimientos de auto-estima y seguridad y el reconocimiento de la inequidad de los sexos, la importancia del eros, la intimidad y el amor en la relación sexual. Propende por una perspectiva de género y la adquisición de valores como libertad, responsabilidad, tolerancia, igualdad, fraternidad, paz y vida.

En Argentina se aprobó la **Ley 26.150 de Educación Sexual Integral** aplicable en todas las escuelas del país. Los contenidos están expresados en el documento *Lineamientos Curriculares para la Educación Sexual Integral*, aprobado en el Consejo Federal de Educación por resolución 45/08, el 28 de mayo de 2008.

En dicho documento se propone una perspectiva que enfatiza la calidad de la formación y la información, la inclusión de valores, la generación de condiciones para el ejercicio de los derechos y la promoción de la salud.

Este programa plantea, que asumir la educación sexual desde una perspectiva integral demanda un trabajo dirigido a promover **aprendizajes** desde el punto de vista **cognitivo**, en el plano **afectivo** y en las **prácticas concretas** vinculadas al vivir en sociedad.

- Aprendizajes de tipo cognitivo, acercar información científicamente validada, acorde a cada etapa de desarrollo; también el conocimiento de derechos y obligaciones y el trabajo sobre los prejuicios y las creencias que sostienen actitudes discriminatorias.
- El plano de la afectividad, desarrollar capacidades como la solidaridad, la empatía, la expresión de los sentimientos en el marco del respeto por los y las demás y por sus diferencias.
- El saber hacer, se promueve la adquisición de prácticas tales como la posibilidad de decir “no” frente a la coacción de otros y de otras, el fortalecimiento de conductas de respeto y cuidado personal y colectivo de la salud, y también de habilidades psicosociales, como propiciar el diálogo, lograr acuerdos, expresar sentimientos y afectos.

Los programas de educación sexual no deben operar como simple informadores. Tanto y más importante es su acción como formadores de valores que, una vez constituidos, permitan a los educandos adquirir una conciencia clara y establecer diferencias entre la práctica sexual sin responsabilidad y la responsabilidad sexual compartida.

5. TALLER DE EDUCACIÓN SEXUAL

Ander-Egg (1997), define Taller como “el lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado. Aplicado al ámbito de la salud el alcance es el mismo, se trata de una forma de enseñar y sobre todo de aprender mediante la realización de algo que se lleva a cabo conjuntamente. Como sistema de enseñanza aprendizaje, el taller tiene la siguiente característica es un aprender haciendo mediante una metodología participativa. Tiene un carácter globalizador e integrador. Implica y exige de un trabajo en equipo y el uso de técnicas asociadas. Permite integrar en un solo proceso tres instancias como son la docencia, la investigación y la práctica”.

El taller es una propuesta de actividades diversas y organizador frente a lo que ocurre, a través del interjuego de los participantes con la actividad confluyen pensamientos, sentimientos y acción constituyéndose en una técnica de interacción eficaz para abordar conductas, concepto y prejuicios erróneos referentes al cuidado de la salud.

Schutt-Aine, J., & Maddaleno, M. (2003), expone las características de los programas de educación sexual, las cuales son:

- **Comienzo temprano:** Una vez que se han establecido las conductas, es mucho más difícil cambiarlas.
- **Tienen como meta reducir una o más conductas sexuales:** se centran claramente en reducir una o más conductas sexuales que llevan a un embarazo no planificado, o a una infección de VIH/ITS. Deben dar

un mensaje preciso y deben reforzar constantemente una posición clara sobre las conductas deseadas.

- **Los programas se basan en un enfoque teórico:** están basados en teorías sobre el desarrollo adolescente que han demostrado ser efectivas en influir las conductas de riesgo. Esto incluye el ir más allá del desarrollo cognitivo y entender las influencias sociales, los valores individuales cambiantes y el establecimiento de habilidades para la vida.
- **Promueven mensajes claros, consistentes y reiterados que refuerzan la posición sobre las conductas:** no exponen simplemente las ventajas y desventajas de las diferentes alternativas sexuales, dejando que los estudiantes escojan lo que es correcto. Estos programas utilizan la información, los hechos, actividades, valores y habilidades para concientizar a los estudiantes que la abstinencia, utilizar condones u otras formas de anticonceptivos son las elecciones correctas.
- **Proporcionan información básica y precisa sobre los riesgos de las relaciones sexuales sin protección y cómo evitarlas:** proveen información básica para que los estudiantes evalúen el riesgo. No dan detalles innecesarios, sino que enfatican simplemente hechos necesarios para tomar decisiones.
- **Tratan las presiones sociales en la conducta sexual:** discuten sobre situaciones que pueden llevar al sexo, las barreras sociales existentes

para el uso de anticonceptivos, y exploran cómo manejar tales situaciones.

- **Modelan y practican habilidades de comunicación, negociación y rechazo:** proveen información acerca de las habilidades, modelan el uso efectivo de habilidades y proveen habilidades a través de ensayos y prácticas (*role playing*) sobre cómo superar tales situaciones.
- **Utilizan una variedad de metodologías participativas de enseñanza:** tienen instructores que llegan a los estudiantes por medio de métodos de aprendizaje, en vez de usar la instrucción didáctica. Esto incluye discusiones de grupos pequeños, juegos, simulacros, role playing, dramatizaciones, ensayos, etc.
- **Incorporan metas conductuales, métodos de enseñanza y materiales que son apropiados para la edad, experiencia sexual y cultura del estudiante:** Los programas para estudiantes que no son sexualmente activos deben usar métodos diferentes de los que se usan con jóvenes sexualmente activos, o considerados de alto riesgo.

(Adaptado de Kirby, 1999; Dryfoos, 1998, capítulo 8, y Schorr, 1998^a. En: Schutt-Aine, J. & Maddaleno, M., 2003).

Cerruti, (1997) plantea que **los objetivos de todo programa de educación sexual** deben estar dirigidos a:

- Lograr el desarrollo de un pensamiento crítico que posibilite la adquisición de actitudes positivas hacia la sexualidad entendida como elemento inherente al ser humano.

- Favorecer el proceso a través del cual es posible reconocerse, identificarse y aceptarse como ser sexual y sexuado durante el transcurso de su vida, sin temores, angustias ni sentimientos de culpa.
- Favorecer el desarrollo de roles sexuales que propicie relaciones de respeto y equidad entre las personas, superando discriminaciones de género.
- Revalorizar la importancia del componente afectivo en la vida de los seres humanos y en sus relaciones entre sí.
- Favorecer un mayor conocimiento y relación con el propio cuerpo, como elemento de autoestima y de sustento del auto cuidado de salud
- Favorecer el desarrollo de conductas sexuales conscientes y responsables hacia uno mismo y los demás.
- Propiciar la comunicación de la pareja y en la vida familiar
- Proveer criterios equitativos y conductas de responsabilidad compartida en la pareja.

BIBLIOGRAFÍA

- ◆ Ander-Egg (1997). En Migliavaca, M. Cl., & Schnegelberger, D. I. (2005). Taller de Educación Terapéutica en el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2. Un enfoque desde Terapia Ocupacional. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina.

- ◆ Bianco, M., & Re Ma I. (2006). *Qué deben saber madres, padres y docentes sobre educación sexual y vih/sida.* Cartilla educativa. Para chic@s y adolescentes. Primera edición. FEIM. Gobierno de Buenos Aires. Ministerio de educación. [On line] consultado octubre 2011. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/65014121/>

- ◆ Cerutti. (1997). En Lucena, A. Aguilar, S. & Berrocal, P. Análisis de la información sobre sexualidad de la población estudiantil entre 9no. grado y 2do. de diversificado en la U.E.P.F.I. "12 de febrero". Trabajo Especial para Optar al Título de Bachiller en Ciencias. Caracas. Venezuela. [on line] consultado agosto 2011, disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos14/sexoesudiantil/sexoesudiantil.sht>

- ◆ Diaz Pastén, S. Coord. Neira, L. (2009). Salud Sexual y Reproductiva: un derecho para todas las personas. Documento de conclusiones y Recomendaciones. Proyecto Regional para la Cohesión Social en Salud en América Latina de EUROsocial Salud.

- ◆ Galli, N. (1984). Educación sexual y cambio cultural. (pp. 202-207). Barcelona: Herber.

- ◆ Luque R. Puerta G. Hernandez C. Gutierrez S.; García R. otros. (2006). *Educación para la Sexualidad Módulo 3*. Proyecto Fondo Mundial en Colombia Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ITSVIH- Sida, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia. [on line] consultado octubre 2011. Disponible en: <http://www.forofamilia.org/documentos/EDUCACION>

- ◆ Marina, M. coord. (2009). Educación sexual integral para la educación secundaria: contenidos y propuestas para el aula. 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación. Argentina.

- ◆ Saavedra Andrade, M. (1994). "Educando para prevenir". Fundación CRESALC / OPS. Colombia.

- ◆ Schutt-Aine, J. & Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. OPS, Washington, DC. [On line] consultado septiembre 2011, disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/SSRA.pdf>

- ◆ Ulate Mora, F. *Consideraciones sobre promoción de la salud en adolescentes con un enfoque de derechos*. [on line] consultado septiembre 2011, disponible en: www.binasss.sa.cr/revistas/ays/2n2/1071.htm

DATOS ESTADÍSTICO

Este capítulo se refiere a datos estadísticos de la situación del VIH/sida en Latinoamérica; la actual conducta sexual de los adolescentes y jóvenes de Argentina y La Pampa.

En relación al VIH/ Sida, se exponen las estimaciones a nivel de Latinoamérica del año 2003, esta información adquiere relevancia por la relación que establece entre el VIH, la conducta sexual de los jóvenes, y la importancia que le adjudica a la educación para una actividad sexual responsable.

Todos los datos presentados tienen el objetivo de señalar la importancia y la necesidad de plantear estrategias de educación continua y efectiva para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, y como consecuencia bajar los índices de embarazo, aborto y enfermedades de transmisión sexual. Todas estas situaciones comprometen la salud, el desarrollo y el futuro de los adolescentes.

1. SITUACION DEL VIH/SIDA, EN LATINOAMERICA

Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003) informan que se estima que hay 560.000 personas jóvenes, entre 15 y 24 años de edad, viviendo con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe; el 69% de los infectados son hombres y el 31% son mujeres (UNICEF/ONUSIDA/OMS 2002).

Las últimas tendencias indican que **las personas jóvenes se ven más afectadas por el VIH/SIDA, y alrededor de la mitad de todas las infecciones nuevas de VIH se producen en personas entre 15 y 24 años**, una edad en la que la mayoría de las personas inician su vida sexual. Las personas jóvenes son particularmente vulnerables a infectarse de VIH, debido

a sus conductas de riesgo y a la falta de información y de servicios para jóvenes.

La distribución de los casos de SIDA en el Cono Sur indica que la epidemia se está desplazando hacia las poblaciones más jóvenes—por ejemplo, de 1983 a 1989, el promedio de edad para casos de SIDA estaba alrededor de los 32 años; entre 1990 y 1992, estaba alrededor de los 25 años de edad (ONUSIDA/OMS/OPS, 2001). Aunque la tasa de infección se considera baja entre la juventud argentina, el uso de drogas intravenosas es la causa principal de infección de VIH. Se estima que el 46% de los adolescentes varones y el 32% de las adolescentes mujeres están infectados debido al uso de drogas (basado en un estudio de 1999) (OPS, 2002).

El futuro de la epidemia de VIH está en manos de las personas jóvenes.

Las conductas que adopten ahora y las que mantengan a lo largo de su vida sexual determinarán el transcurso de la epidemia en las próximas décadas. Los jóvenes seguirán aprendiendo los unos de los otros, pero su conducta dependerá en gran medida de la información, las habilidades y los servicios con los que la actual generación de adultos decida proveer a sus hijos. Los estudios demuestran que las personas jóvenes adoptan conductas sexuales seguras siempre que dispongan de los medios para hacerlo (ONUSIDA, 1998). Si se les da la oportunidad, las personas jóvenes tienen más probabilidades de protegerse a sí mismas que las personas adultas.

2. SITUACION ACTUAL EN ARGENTINA

¿Qué sabemos de la conducta sexual de los adolescentes de la Argentina?

Según la SUBSECRETARÍA DE SALUD COMUNITARIA. (Zingman, F. 2009)

La iniciación sexual ocurre en gran medida en la adolescencia, el 44% de las mujeres entre 15 a 19 años se iniciaron (ENNyS, 2007)

•Kornblit, 2006 (Encuesta de 6886 casos en 116 escuelas de 81 ciudades del país), determinó que en un grupo de varones y mujeres de 15 a 21 años:

- El 31% antes de los 14 años se inicio sexualmente, el 55% entre 15 y 16; y el 14% a los 17 o más.
- Promedio de edad de iniciación sexual es de 15,4 mujeres y 14,7 varones.

Principales indicadores sobre fecundidad en la Adolescencia, año 2009	
Total de Nacidos vivos (NV) de madres adolescentes	116.824
Total de NV de madres adolescentes de 10 a 14 años	3.346
Total de NV de madres adolescentes de 15 a 19 años	113.478
Porcentaje de embarazo adolescente	15,8
Tasa de fecundidad temprana (< 15 años)	2,0 x 1.000
Tasa de fecundidad tardía (15 a 19 años)	67,0 x 1.000

Fuente: Datos de la DEIS, Ministerio de Salud de la Nación

Distribución de nacimientos de madres adolescentes por edad, según orden del nacimiento N.V. (nacido vivo). Argentina, 2009

Nº de orden del N/V	Edad de la madre		
	Hasta 14 años	15 a 17 años	18 y 19 años
1	96.8	89.0	74.4
2	3.2	10.3	22.2
3	0.0	0.7	3.3
4 y mas	0.0	0.0	0.1
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Datos de la DEIS, Ministerio de Salud de la Nación

Que sabemos de porque se dan estos porcentajes?

- Por desconocimiento del cuerpo
- Alto conocimiento de la existencia de métodos anticonceptivos (MACs)
- Mitos y tabúes sobre MACs
- Uso incorrecto de los MACs (preservativo)
- Barreras de acceso a los MACs, geográficas, económicas, culturales
- Servicios de salud que rechazan adolescentes que consultan solos.
- Falta de confidencialidad y privacidad en los servicios (miedo a que padres o adultos sepan)
- Más de la mitad de los embarazos en la adolescencia no son planeados
- Naturaleza no prevista de las relaciones sexuales
- Rotación de parejas
- Valoración/tolerancia diferencial de sexualidad masculina y femenina (afecta capacidad de "cuidarse", doble protección)

3. DATOS PROVINCIALES Y LOCALES

El Departamento de estadística Sanitaria del Hospital provincial Dr. Lucio Molas (La Pampa) proveyó la siguiente información elaborada de las diferentes intervenciones realizadas por dicha institución.

Nacidos Vivos (NV) registrados en la Provincia de La Pampa. Año 2009.

Clasificación según departamento de residencia de madres adolescentes.

Localidad	Total General NV	NV Madres adolescentes (- 14 a 19 años)	Porcentaje en relación al total General
Santa Rosa (capital)	1986	370	18,63
Total General	5413	997	18,42

Egresos del Hospital clasificados según grupo etario y 15 primeras causas. Prov. De La Pampa- Año 2009

Causa	Edad	10 a 14 años		15 a 19 años	
		Nº	%	Nº	%
Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto		7	1,15	179	9,17
Trabajo de parto obstruido		0	0	26	1,33
Otras complicaciones del embarazo y del parto		14	2,30	259	13,27
Parto único espontaneo		14	2,30	438	22,44
Atención y examen del postparto		0	0	71	3,64

Dra María Isabel Marquina con la participación a la Dra Ana Bertone realizaron una investigación en el período abril 2005 a abril 2007 acerca de *Maternidad en la adolescencia: conocimiento y uso previo de métodos anticonceptivos.*

Se analizó a través de entrevistas con las madres adolescentes en el área de roming y consultorio de adolescentes del hospital "Dr. Molas" de la ciudad de Santa Rosa La Pampa, el conocimiento y uso previo de métodos anticonceptivos, edad de la primera relación sexual y cuidados durante la misma, edad de la menarca, búsqueda del embarazo, controles del embarazo.

2005-2006(período 1): 118 madres adolescentes

2006-2007(período 2): 107 madres adolescentes

EDAD MATERNA	% (Período 1)	% (Período 2)	EDAD DEL PADRE	% (Período 1)	% (Período 2)
≤ A 13	8	0	de 14 a 16	2,5	0,9
DE 14 A 16	38	26,16	17 a 19	36	23,36
17 A 19	54	66,3	de 20 a 24	42	53,2
DE 20	7	7,4	Más de 25 (de 15 a 34 años).	20,5	22,4

Conocía los MAC de haberlos escuchado

Periodo 1		Periodo 2	
Si: 85,8%	No: 14,2%	Si: 87,8 %	NO: 12.1 %

Uso previo de métodos anticonceptivos (MAC):

Uso del MAC	% Periodo 1	% Periodo 2
(Anticonceptivos orales) ACO	31,5	28
ACO+ condón	2,1	0,9
Condón	18,5	22,4
Coito interrupto: 1%,	1	0
Nada	45,6	46,7
(Dispositivo intrauterino) DIU	1	0,9
Inyección hormonal mensual	0	0,9

Edad de la primera relación sexual:

Periodo 1: Media 14,4 años

Periodo 2: Media 15 años

Conclusiones: La mayoría de las adolescentes llegaron al embarazo producto de una relación sexual desprotegida, donde el pensamiento mágico y la omnipotencia juegan un rol importante. Se requiere abordaje integral de los/as adolescentes y realizar prevención primaria de embarazos no buscados.

BIBLIOGRAFÍA

- ◆ Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M.(2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. OPS, Washington, DC.[On line] consultado septiembre 2011, disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/SSRA.pdf>

- ◆ Zingman, F. (2009) Subsecretaría de Salud Comunitaria. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Salud y Adolescencia. [On line] Consultado mayo 2011, disponible en : <http://www.adolescenciaalape.org/sites/www.adolescenciaalape.org>

- ◆ Marquina M. I., Bertone A. Desde 2005 a 2007. Maternidad en la adolescencia: conocimiento y uso previo de métodos anticonceptivos. Trabajo de investigación. Hospital Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa. Argentina.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para esta investigación se utilizó un **Enfoque Cuantitativo**, el cual implica la recolección sistemática y el análisis de información numérica, generalmente en condiciones controladas.

1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

El **tipo de Estudio** es **Exploratorio, Descriptivo**:

Exploratorio; porque el objetivo es examinar el impacto de un taller de educación sexual en un grupo de adolescentes de la Ciudad de Santa Rosa La Pampa y no se conoce una experiencia anterior aplicada a esta población abordado desde TO.

Descriptivo; porque pretende decir como es y se manifiesta determinado fenómeno. En esta investigación se intenta identificar y describir el nivel de información sobre educación sexual del adolescente antes y después de la implementación del taller.

Diseño pre-experimental; ofrece un grado de control mínimo y se aplica una pre y post prueba al mismo grupo de adolescentes. Este diseño nos ofrece la posibilidad de tener una referencia inicial para ver qué nivel tenía la variable antes del estímulo y de esta manera poder compararla con los resultados posteriores al taller.

Desde su dimensión temporal es un diseño **transversal**, ya que se describirá el estado de la variable en un único momento dado, y se determinará cómo se presenta.

2. POBLACION Y MUESTRA

La **Población** estuvo conformada por los adolescentes de 13 y 14 años que asistieron a comedores comunitarios de la ciudad de Santa Rosa (Barrio Villa Germinal y Barrio Zona Norte).

La selección de la **Muestra** fue *no probabilística, por conveniencia*, se seleccionó la muestra según las posibilidades y conveniencia para esta investigación.

La muestra estuvo constituida por 18 adolescentes de 13 y 14 años que asistieron al taller de educación sexual, seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Originalmente se planteó convocar solo adolescentes de 14 años; al momento de realizar la promoción y convocatoria del taller fue necesario ampliar el rango de edad ya que la propuesta del taller generó interés en adolescentes menores a 14 años y algunos padres manifestaron interés en que sus hijos participen del mismo.

Criterio de inclusión: que tengan 13 o 14 años, que asistan al comedor, que acepten participar del taller y que los padres den su autorización.

Criterios de exclusión: que no cumplan con la edad, que sean padres o estén esperando un hijo, que no acepten participar en el estudio, que los padres no los autoricen.

3. VARIABLES

CLASIFICACION

Variable del estudio

NIVEL DE INFORMACION SOBRE EDUCACION SEXUAL

- ◆ Variable cualitativa; porque consta de elementos o características que no podemos medir numéricamente.
- ◆ Variable dependiente; porque el objetivo es medirla antes y después de aplicarse el taller de educación sexual, su valor variara de acuerdo al efecto de la implementación del taller.

Variables intervinientes

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y PERSONALES

_ Variable Independiente: los cuales están agrupados en tres categorías:

- Demográficas (edad, sexo, comedor al que asiste).
- Familiares (convivencia de los padres, escolaridad de los padres, número de personas que viven con el estudiante).
- Personales (rendimiento escolar, conducta sexual, fuente de información, proyecto de vida).

DEFINICIÓN

NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL

DEFINICION CIENTIFICA:

La OPS, 2000; UNESCO, 2009; AMSSAC, 2010, formulan que la **educación sexual integral** comprende un proceso educativo continuo y progresivo, con fundamento científico, basado en un **enfoque de salud y derechos humanos**, cuyo propósito final es crear los medios para favorecer la integración saludable de la sexualidad en la vida adulta, individual y social, a través de:

- ◆ *incrementar* los conocimientos, su comprensión y aplicación oportuna;
- ◆ *identificar, analizar, explicar y clarificar* pensamientos, sentimientos, decisiones, experiencias, valores y actitudes;
- ◆ *desarrollar e incrementar* habilidades personales y sociales;
- ◆ *orientar* la expresión social en comportamientos saludables.

Todo ello, respecto al género, los vínculos afectivos, el erotismo y la reproductividad.

La educación sexual es un proceso de toda la vida que implica: adquirir información, formar actitudes, creencias y valores; desarrollar las habilidades necesarias para ser responsables de la propia sexualidad; enriquecer la capacidad personal para desarrollar buenas relaciones con otros.

DEFINICION OPERACIONAL:

Educación sexual es un término usado para describir la educación acerca de:

1. **SEXUALIDAD RESPONSABLE**, incluye toda la información relacionada con:

- ◆ **QUE ES LA SEXUALIDAD:** El adolescente puede expresar que significa, y que aspectos o áreas de la persona incluye.

Se valora como conocimiento adecuado cuando:

- Reconoce que la sexualidad incluye otras áreas aparte de lo físico y las relaciones sexuales.

- ◆ **INFORMACIÓN SOBRE LA REPRODUCCIÓN Y EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:** Tener información de la fisiología de la reproducción, tanto como la función y uso de los diferentes Métodos Anticonceptivos.

Se valora como conocimiento adecuado cuando:

- Señala los 2 métodos anticonceptivos más eficaces.
- Reconoce características de espermatozoides, ovulo y fecundación.

- ◆ **INFORMACIÓN SOBRE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS) Y CONDUCTAS DE PROTECCIÓN:** Conocer las ETS, los riesgos de una conducta sexual sin cuidado y los métodos y conductas de protección.

Se valora como conocimiento adecuado cuando:

- Reconoce los riesgos de una conducta sexual sin protección.
- Reconoce las conductas y métodos de protección más eficaz.

2. **EJERCICIO ÉTICO Y RESPONSABLE DE LA SEXUALIDAD**; hace referencia a los valores y actitudes relacionados con el amor, la solidaridad, el respeto por la vida, la integridad y las diferencias entre las personas, los cuales determinan las características de las relaciones que se establecen, el ejercicio de los derechos, la autonomía y el cuidado de la salud.

Involucra:

- ◆ **CONOCER LAS IMPLICANCIAS ÉTICAS DE LA SEXUALIDAD:** en referencia al cuidado del propio cuerpo y del otro, asumir responsabilidad de sus actos y las consecuencias, saber cómo evitar los resultados no deseados.

Se valora como conocimiento adecuado cuando:

- Comprende las consecuencias de sus acciones y asume verbalmente la responsabilidad en relación a una conducta sexual activa.
- Expresa conductas adecuadas de protección de la salud sexual personal y del otro.

- ◆ **INFORMACIÓN SOBRE LOS DERECHOS EN LAS RELACIONES DE PAREJA:** Incluye todos aquellos preconceptos que determinan como cada individuo se considera en relación al otro, repercutiendo en la valoración de las emociones y de los sentimientos en las relaciones interpersonales; y el tipo de relación que establecerán en la intimidad en el ejercicio de los derechos relacionados con la sexualidad.

Se valora como conocimiento adecuado cuando:

- Manifiesta respeto por las emociones y sentimientos en las relaciones interpersonales.
- Reconoce los elementos necesarios para establecer una relación en igualdad de condiciones.

El nivel de información sobre educación sexual de los adolescentes se categorizó como:

- ◆ Adecuado: cuando las respuestas al cuestionario alcancen un valor entre 84 y 57 puntos.
- ◆ Medianamente adecuado: cuando las respuestas al cuestionario alcancen un valor entre 56 y 29 puntos.
- ◆ Inadecuado: cuando las respuestas al cuestionario alcancen un valor entre 28 y 0 puntos.

Los niveles de medición que se tomaran en cuenta para responder a las diferentes afirmaciones serán: SI, NO y NO SE.

En las preguntas que requieren seleccionar opciones se indica señalar las dos que considera más importantes o indispensables.

La indización de las respuestas será:

RESPUESTA CORRECTA: 4 puntos.

RESPUESTA MEDIANAMENTE CORRECTA: 2 puntos.

RESPUESTA INCORRECTA: 0 puntos.

Las respuestas correctas e incorrectas podrán ser tanto SI como NO en relación a que la afirmación puede indicar una conducta o creencia correcta o errónea.

Las respuestas medianamente correctas serán siempre las indicadas como NO SE.

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE

<p>NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL</p>	}	<p>SEXUALIDAD</p>	<p>Reconoce lo que es y lo que no es</p>	<p>SI NO NO SE</p>	<p>4/0 0/4 2</p>
		<p>REPRODUCCIÓN Y METODOS ANTICONCEPTIVOS</p>	<p>Conoce la duración del espermatozoide fuera del cuerpo</p>	<p>SI NO NO SE</p>	<p>4/0 0/4 2</p>
		<p>Conoce cómo se fecunda el ovulo</p>	<p>SI NO NO SE</p>	<p>4/0 0/4 2</p>	
		<p>Reconoce cuando y como se produce un embarazo</p>	<p>SI NO NO SE</p>	<p>4/0 0/4 2</p>	
		<p>Reconoce métodos anticonceptivos</p>	<p>SI NO NO SE</p>	<p>4/0 0/4 2</p>	
		<p>ENFERMEDADES DE TRANSMICION SEXUAL Y METODOS DE PROTECCION</p>	<p>Reconoce riesgo de contagio de ETS</p>	<p>SI NO NO SE</p>	<p>4/0 0/4 2</p>
		<p>Identifica método y conducta de protección</p>	<p>SI NO NO SE</p>	<p>4/0 0/4 2</p>	
		<p>ETICA DE LA SEXUALIDAD</p>	<p>Reconoce las consecuencias de sus actos</p>	<p>SI NO NO SE</p>	<p>4/0 0/4 2</p>
		<p>Planifica y controla su actividad sexual</p>	<p>SI NO NO SE</p>	<p>4/0 0/4 2</p>	
		<p>Indica situaciones de riesgo.</p>	<p>SI NO NO SE</p>	<p>4/0 0/4 2</p>	
		<p>Reconoce el uso de MAC para evitar resultados no deseados</p>	<p>SI NO NO SE</p>	<p>4/0 0/4 2</p>	
		<p>Asume que la responsabilidad del cuidado es compartida</p>	<p>SI NO NO SE</p>	<p>4/0 0/4 2</p>	

**DERECHOS EN
LAS RELACIONES
DE PAREJA**

<p>Asume que la responsabilidad ante las consecuencias de la relación sexual es compartida.</p>	<p>SI NO NO SE</p>	<p>4/0 0/4 2</p>
<p>Valora y Respeta la decisión de la mujer.</p>	<p>SI NO NO SE</p>	<p>4/0 0/4 2</p>
<p>Reconoce no aceptar, ni ejercer presión ante una relación sexual</p>	<p>SI NO NO SE</p>	<p>4/0 0/4 2</p>
<p>Reconoce que la manifestación de afecto es adecuada en ambos sexos</p>	<p>SI NO NO SE</p>	<p>4/0 0/4 2</p>
<p>Reconoce que nadie puede ser propietario o propiedad de otra persona</p>	<p>SI NO NO SE</p>	<p>4/0 0/4 2</p>
<p>Acepta que las decisiones en una pareja son compartidas</p>	<p>SI NO NO SE</p>	<p>4/0 0/4 2</p>

CATEGORIAS

NIVEL ADECUADO DE INFORMACION: entre 84 y 57 puntos.

NIVEL MEDIANAMENTE ADECUADO DE INFORMACION: entre 56 y 29 puntos.

NIVEL INADECUADO DE INFORMACION: entre 28 y 0 puntos.

4. METODO DE RECOLECCION DE DATOS

Se elaboró, exclusivamente para esta investigación, un cuestionario que se caracterizó por ser anónimo y autoadministrable.

Dicho cuestionario estuvo conformado por 32 preguntas en total que se distribuyen entre; preguntas cerradas de selección múltiple en las que debe señalar las alternativas que considera más importantes o indispensables y preguntas cerradas con solo tres categorías de respuesta que aluden directamente al nivel de información del adolescente.

La primera sección contiene preguntas para indagar aspectos socio demográficos, que incluye datos personales, del grupo familiar, fuente de información e instrucción en materia de sexualidad. Prosigue con preguntas acerca de la opinión sobre diferentes aspectos de la conducta sexual de los adolescentes.

Finalmente se realizan 20 preguntas referentes al nivel de información sobre; sexualidad, fisiología de la reproducción, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, y actitud ante el cuidado de la salud y relaciones de pareja.

Cada ítem presenta afirmaciones a las que debe responder seleccionando las respuestas según este de acuerdo o en desacuerdo con dicha afirmación o no este seguro de la respuesta.

Presenta 2 preguntas de selección múltiple en las que deberá seleccionar las dos opciones que considere más importantes.

Se le asignó una puntuación a cada respuesta según sean correctas, incorrectas o medianamente correctas. Así, cada adolescente adquirirá una puntuación máxima de 84 puntos y 0 puntos como mínimo.

PRUEBA PILOTO

Se llevó a cabo una prueba piloto del cuestionario con 10 adolescentes con las mismas características. Los cuales se excluyeron de la muestra definitiva.

Se les presentó el cuestionario, los objetivos del mismo y se les pidió que contesten al mismo con toda sinceridad y que pregunten ante cualquier duda que se les presente. Los adolescentes tuvieron muy buena disposición y colaboraron en todo el proceso. El tiempo máximo para completar el cuestionario fue de 10 minutos.

En base a los resultados de la prueba se modifica la redacción de algunas preguntas y/o afirmaciones. A las preguntas con opciones de respuesta fue necesario agregar aclaraciones como: "marca la opción más importante o las dos más importantes".

En relación a las afirmaciones surgió la inquietud de cambiar la formulación o ciertos términos para hacerlas más claras o específicas, dado que al evaluar las respuestas de los adolescentes surgió la duda de la correcta comprensión de las mismas, o bien para generar mayor reflexión.

Por Ej:

_Si por “accidente” la chica queda embarazada, ella será la única responsable de tomar decisiones al respecto.

Por:

Si por “accidente” la chica queda embarazada, ella es la que tiene mayor responsabilidad y es la única que tiene que tomar decisiones.

_ Nadie debe ser presionado u obligado a mantener relaciones sexuales.

Por:

El hombre puede obligar y la mujer puede ser obligada a mantener relaciones sexuales

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para poder llevar a cabo el trabajo de investigación, se solicita autorización a la directora del área de Acción Social del municipio de Santa Rosa, ya que tiene a su cargo el funcionamiento de los comedores comunitarios. Se presentó la propuesta del taller de educación sexual y se explicó que es parte de una investigación.

Con la autorización obtenida, se pasó por el comedor de los Barrios Villa Germinal y Zona Norte para conocer las instalaciones y la población de adolescentes que concurre.

Acción Social facilitó un listado de los adolescentes de 13 y 14 años que asisten a los comedores y junto a un miembro de su equipo, se visitó a los

padres en sus domicilios para comentarles el motivo y la temática del taller junto con una nota de autorización para que sus hijos participen del mismo.

Para convocar a los adolescentes, se realizó un cartel de promoción que se colocó en los comedores, juntamente a esto se realizó una invitación impresa que se entregó en forma personal.

El taller se desarrolló durante 5 encuentros consecutivos de una hora y media de duración cada uno y la toma del cuestionario se llevó a cabo en el primer y último encuentro.

5. TALLER DE EDUCACIÓN SEXUAL IMPLEMENTADO DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

METODOLOGÍA:

El taller fue diseñado para realizarse con adolescentes de ambos sexos de 13 y 14 años de edad, que asisten a comedores comunitarios. Formar los grupos requirió mucho esfuerzo, para mantener y no perder población, se desarrollaron los temas en 5 encuentros consecutivos de una hora y media de duración cada uno, aumentando la duración y la cantidad de los encuentros de la propuesta original.

Para convocar a los adolescentes, fue de gran ayuda el apoyo del personal del comedor para motivar la asistencia. En Villa Germinal se formó un grupo de 5 adolescentes y en Zona Norte de 13 adolescentes.

OBJETIVOS

- Identificar el nivel de información en educación sexual de adolescentes de 13 y 14 años.
- Contribuir a que los adolescentes adquieran conocimientos adecuados sobre sexualidad y reproducción.
- Favorecer la toma de conciencia de la importancia de vivir su sexualidad sin riesgos y de una forma responsable.
- Ayudar a los adolescentes a reflexionar acerca de la necesidad de mantener relaciones interpersonales respetuosas y responsables.
- Favorecer que los adolescentes puedan hablar con libertad y naturalidad de los temas relacionados con la sexualidad.

CONTENIDOS:

Según lo planteado anteriormente; la educación sexual abarca muchos aspectos, de los cuales se han seleccionados para este taller aquellos que están relacionados con los problemas más graves de salud del adolescentes (conducta sexual de riesgo con sus consecuencias de embarazo, ETS, etc).

Por lo tanto en dicho taller se abordaron los siguientes contenidos:

- Sexualidad y reproducción.
- Embarazos no deseados
- Métodos anticonceptivos.
- Enfermedades de transmisión sexual.

- Protección y promoción de la salud y el cuidado de sí mismo/a y de los otros.
- Aspectos vinculados a la constitución de relaciones igualitarias, respetuosas y responsables entre las personas.
- Información sobre la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Información sobre los recursos disponibles en el sistema de salud local.

CARACTERÍSTICAS:

Cada encuentro fue diseñado para despertar el interés y brindar información en forma clara, sencilla, franca y directa, basada en las necesidades, los miedos y los intereses de los adolescentes. Se plantearon los temas y se trabajó a partir del conocimiento previo; se abordaron las dudas, preguntas y conceptos erróneos que manifestaron los adolescentes. Se reflexionó acerca de la importancia de que el adolescente sea capaz de tomar sus propias decisiones, conocer y comprender las consecuencias de su conducta sexual en relación con el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. Se presentaron casos y en grupo debatieron acerca de la mejor conducta para proteger su salud y la del otro, como también establecer relaciones sanas y de igualdad.

Cada encuentro estuvo compuesto por:

- Apertura
- Actividad del día
- Cierre

RECURSOS HUMANOS:

Fue coordinado por una estudiante de Terapia ocupacional, autora de esta propuesta, **supervisada por la Dra Marquina, María Isabel**, médica especializada en atención de adolescentes.

RECURSOS MATERIALES, FISICOS Y ECONOMICOS:

Se necesitó una sala amplia, mesas y sillas (provistos por el comedor comunitario). Buzón, equipo de video y audio, material de librería (cartulinas, papel, plasticola, lapiceras, fibras etc.). El Financiamiento estuvo a cargo de la autora del proyecto.

EVALUACION:

Pre taller: en el primer encuentro, se les solicito a los adolescentes contestar una encuesta con el fin de obtener el nivel de información sobre educación sexual que poseen antes del taller. Esta encuesta anónima y de autollenado fue diseñada para esta tesis.

Post taller: en el último encuentro, se les solicitó a los adolescentes contestar nuevamente la encuesta aplicada en el primer encuentro, con el fin de conocer el nivel de información sobre educación sexual que poseen luego de finalizado el taller.

1° ENCUENTRO

OBJETIVOS

- Conocer el nivel de información de los adolescentes sobre educación sexual
- Abordar creencias erróneas sobre la sexualidad

CONTENIDOS

¿Qué entendemos por sexualidad?, que aspectos de la persona se involucran e influyen en una relación sexual.

ACTIVIDADES

Apertura: Presentación del taller. Realización del cuestionario anónimo por cada participante.

Actividades del día:

Presentación: en ronda pasamos un objeto mientras se presentan (nombre y que le gusta hacer) .

Juego del opuesto: Si yo digo Si, uds dicen No, etc etc.

Lluvia de ideas con la palabra sexualidad.

Video explicativo sobre lo que significa la sexualidad, luego se define sexualidad en grupo y se aclaran dudas y conceptos erróneos.

-Por medio del buzón de preguntas (previamente confeccionado) responder a las dudas o consultas planteadas por los alumnos.

Cierre: Reflexión final del tema entre todos. Se presenta el tema del próximo encuentro.

2° ENCUENTRO:

OBJETIVOS:

- Aportar información sobre la anatomía del aparato reproductor de ambos sexos y la fisiología de la fecundación.
- Conocer el riesgo que entraña tener relaciones sexuales sin protección.
- Identificar la repercusión social y personal de un embarazo no deseado.

CONTENIDOS:

Anatomía del aparato reproductor femenino y masculino.

Creencias y mitos acerca de la fecundación.

Repercusiones personales, sociales y familiares en el embarazo de un adolescente.

ACTIVIDADES:

Apertura: Repaso del tema del día anterior, contestan en grupo.

Actividades del día:

Juego, divididos en 2 grupos, identificar y señalar correctamente las diferentes partes del aparato reproductor femenino y masculino. *Video* del aparato reproductor.

En grupo, *analizar y reflexionar* sobre la fisiología de la reproducción y por ende los riesgos de una actividad sexual sin protección.

Video sobre embarazo adolescente, una pareja de adolescentes cuenta acerca de cómo fue su experiencia con el embarazo no buscado y el cuidado que requiere un hijo.

Cierre: Reflexión final de todo el grupo. Presentación del próximo encuentro.

3° ENCUENTRO:

OBJETIVOS:

- Conocer los diferentes métodos anticonceptivos.
- Proporcionar información general sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Aceptar el preservativo como el método más efectivo para la prevención de ETS.
- Identificar los factores y actitudes que suponen un riesgo para la salud.
- Valorar la actitud responsable de los dos miembros de la pareja ante las consecuencias de una relación sexual no protegida.

CONTENIDOS:

¿Qué métodos anticonceptivos existen? Como funcionan, ventajas e inconvenientes.

¿Qué es una ETS? ETS más frecuentes. Formas de transmisión. Prevención.

Protección y promoción de la salud y el cuidado de sí mismo/a y de los otros.

ACTIVIDADES:

Apertura: “Protector de mi salud”, *juego* con globos.

Juego “Yo sé I”, para repasar los temas vistos, en dos grupos van contestando las preguntas que les toca.

Actividades del día:

- *Video:* sexualidad irresponsable. Material que señala las consecuencias de mantener relaciones sexuales sin protección.

- Se analizan en grupo los diferentes *métodos anticonceptivos*, por medio de material didáctico e ilustrativo de cada uno.

- Información de las principales *enfermedades de transmisión sexual*.

- En grupo *analizar y reflexionar* sobre riesgos de una actividad sexual sin protección y que conductas asumir para la prevención.

Cierre: Reflexión final del encuentro, **“Viví tu vida con responsabilidad”**

Invitación al próximo encuentro.

4° ENCUENTRO

OBJETIVOS:

- Favorecer el debate y la reflexión acerca de los derechos y la igualdad en las relaciones de pareja.
- Reconocer la importancia de compartir la responsabilidad entre los miembros de la pareja ante el cuidado y la prevención.

CONTENIDOS:

¿Qué hacer si falla el método?. Características de relaciones igualitarias, respetuosas y responsables entre las personas.

Información sobre la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Información sobre los recursos disponibles en el sistema de salud local.

ACTIVIDADES:

Apertura: *Juego "Yo sé II"*, como repaso de los temas anteriores, en grupo contestan las preguntas que les toca.

Actividades del día:

-Fragmento de una *película romántica de adolescentes* y *videos musicales* de temas románticos elegidos por ellos. "Mientes", "El Poeta", "Ella me pide sexo".

Como punto de partida para analizar y reflexionar sobre las relaciones de pareja.

-Divididos en dos grupos *analizan temas* sobre. “Lo que ellas quieren” y “Ellos dicen lo que quieres oír”. Puesta en común de lo analizado.

-Todo el grupo opina y decide la opción correcta de las distintas propuestas del juego “*Que opinas?*”. Cada proyección tiene dos opciones, deben elegir y fundamentar la elección, pensando en los derechos e igualdad en las relaciones de pareja.

Cierre: Información sobre los derechos sexuales de los adolescentes.
Presentación del próximo tema.

5° ENCUENTRO

OBJETIVOS:

- Reconocer la importancia de la responsabilidad personal en el cuidado de la propia salud.
- Evaluar la experiencia del taller de acuerdo a lo expresado por los adolescentes
- Generar la inquietud de ser promotores de salud para otros
- Conocer el nivel de información de los adolescentes sobre educación sexual

CONTENIDOS:

Responsabilidad, cuidado y salud. Ser promotor de salud. Valoración de la experiencia y rescatar otros temas de interés.

ACTIVIDADES:

- “La verdad acerca de obtener lo que quieres”*, lectura y reflexión en grupos.
- Juego de prevención*, competencia individual. Con cada respuesta correcta romper el globo de la Irresponsabilidad.
- Divididos en 3 grupos, presentación de casos y hacer afiche de promoción del cuidado de la salud sexual destinado a otros adolescentes.
- Intercambio de ideas y experiencias finales*, valoración de los adolescentes acerca del aporte del taller. Propuestas de otros temas que les gustaría abordar en la modalidad de taller.
- Realización del cuestionario.

Cierre: despedida y entrega del premio en reconocimiento a la participación del taller.

6. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Los Comedores en los que se realizó la experiencia se encuentran ubicados en la zona norte de la Ciudad de Santa Rosa, Barrio Villa Germinal y Barrio Zona Norte. Ambos establecimientos dependen del área de Acción Social de la Municipalidad de la Ciudad de Santa Rosa. Brindan atención de lunes a viernes durante todo el año, ofreciendo un almuerzo a niños y adolescentes, como así también viandas para familias o personas que lo requieran.

Los adolescentes que asisten a estos comedores deben cumplir con el requisito de estar escolarizados, solo están exceptuadas de esta condición las adolescentes que tienen niños, las cuales retiran las viandas diariamente.

Según los datos obtenidos del Instituto Provincial Autárquico de Vivienda de La Pampa, estos barrios constituyen uno de los de mayores dimensiones de la ciudad de Santa Rosa. Presentan necesidades de diversa índole, fundamentalmente las vinculadas a vivienda, alimentación y trabajo, entre otras, la situación urbana carece de redes viales, veredas, y la deficiencia, y en algunos casos la carencia, de infraestructura comunitaria.

Gran parte de las familias se encuentran fuera del sistema formal de trabajo. Los hombres, en su mayoría, realizan changas, mientras que las mujeres se desempeñan como amas de casa o se dedican al empleo doméstico y/o cuidado de niños en condiciones laborales de absoluta informalidad.

7. ANALISIS DE LOS DATOS

En concordancia con el tipo de estudio, el análisis de los datos es descriptivo, por medio de una distribución de frecuencia se ordenaron los datos de acuerdo a las diferentes categorías de respuesta.

La distribución de frecuencia se realizó con frecuencias absolutas y porcentaje por categorías de respuestas, las cuales se presentar por medio de tablas y gráficos. Para comparar los resultados pre y post taller se construyeron tablas de contingencia y se ilustraron con histogramas de barras compuestas.

BIBLIOGRAFÍA

- ◆ Bustos, G., & Forte, N. (2004). Aporte de Terapia Ocupacional para la Prevención de la Drogadependencia. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina.

- ◆ Carbajo, A., Navone, M., & Xifra, M. (2002). Talleres de educación para la salud en asma bronquial pediátrico. Un enfoque desde Terapia Ocupacional. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina.

- ◆ Instituto Provincial Autárquico de Vivienda. La Pampa. *Revista del Consejo Nacional de la Vivienda*. N°30|abril|2010. [On line] consultado 20 de noviembre de 2011. Disponible en: <http://www.cnvivienda.org.ar/nuevo/notas/revista30/la-pampa.pdf>

- ◆ Migliavaca, M. Cl., & Schnegelberger, D. I. (2005). Taller de Educación Terapéutica en el autocuidado de pacientes con diabetes tipo 2. Un enfoque desde Terapia Ocupacional. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina.

- ◆ Programa de educación sexual para adolescentes. [on line] consultado mayo 2011, disponible en: <http://html.rincondelvago.com/educacion-sexual-para-adolescentes.html>

- ◆ Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (1997). Metodología de la Investigación. Mexico: Mcgraw - Hill Interamericana de México, s.a.

MATERIAL DIDACTICO DEL TALLER:

-Mejor hablar de ciertas cosas: SEXUALIDAD Y GENITALIDAD. Canal Encuentro. <http://www.youtube.com/watch?v=y79HNX-pQWA&feature=relmfu>

-Sexualida Humana. 2 wmv.

<http://www.youtube.com/watch?v=FvPTTS9Bit8&feature=related>

-Madresenlared.es: entrevista a Madre adolescente.

<http://www.youtube.com/watch?v=-OF7Qw6d5xw>

ANÁLISIS DE DATOS - RESULTADOS-

RESULTADOS

Se analizaron los resultados obtenidos de una muestra de 18 adolescentes que asisten a dos comedores comunitarios de la Ciudad de Santa Rosa La Pampa, en cuanto a la encuesta realizada antes y después del taller de educación sexual, llevada a cabo desde Terapia Ocupacional en diciembre 2011 y enero 2012.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y PERSONALES



GRÁFICO N°1: Edad y sexo de los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Del total de los participantes, se observó que el **77%** (n: 14) representó al sexo **masculino** y el 23 % (n: 4) al sexo **femenino**. El **61%** (n: 11) alcanzaban los **13 años** y el 39 % (n: 7) los **14 años**.

Las mayorías de la población quedaron representadas por el **sexo masculino** y los **13 años** de edad.

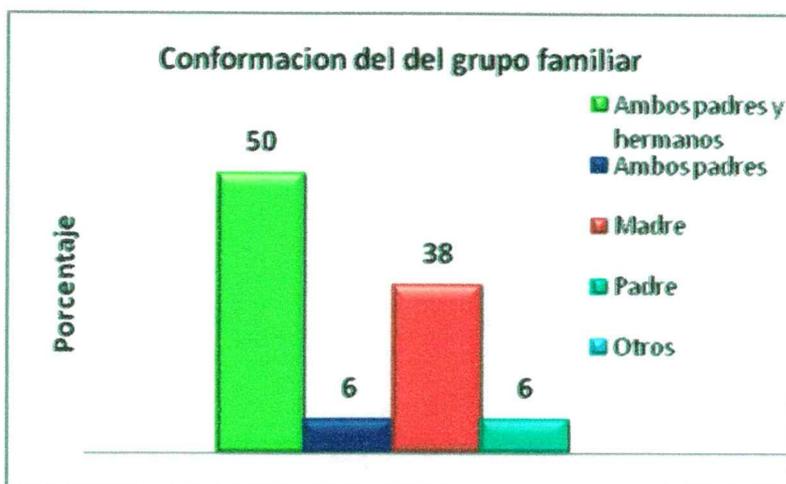


GRÁFICO N°2: Conformación del grupo familiar de los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

En relación al grupo familiar de la muestra, los mayores porcentajes estuvieron representados por; el **50 %** (n: 9) convive con **ambos padres y hermanos**, seguido del **38 %** (n: 7) que conviven solo con su **madre**.

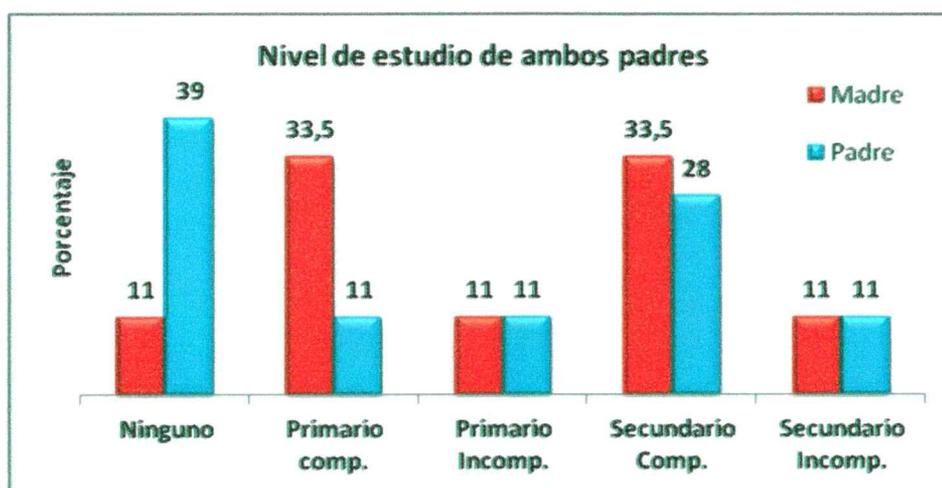


GRÁFICO N°3: Nivel de estudio de ambos padres de los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

El mayor porcentaje de los datos fue representado por el **39 %** (n: 7 **padres**) que no tienen **ningún nivel de instrucción**, seguido por el **33,50 %** (n: 6 **madres**) que indican **primario completo** y otro **33,50%** (n: 6 **madres**) con el **secundario completo**.

La distribución de los porcentajes permite observar que **las madres poseen un mayor nivel de instrucción que los padres**.

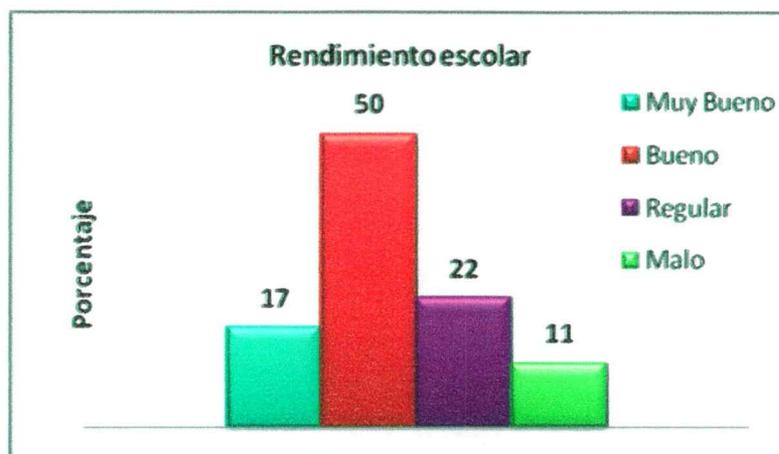


GRÁFICO N°4: Rendimiento escolar de los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

El rendimiento escolar fue valorado en forma subjetiva por los adolescentes, cada uno seleccionó la opción que mejor lo representaba según su apreciación personal. Los mayores porcentajes de la muestra señalan, un **rendimiento escolar bueno** en el **50%** (n: 9), seguido por un **rendimiento regular** el **22%** (n: 4).

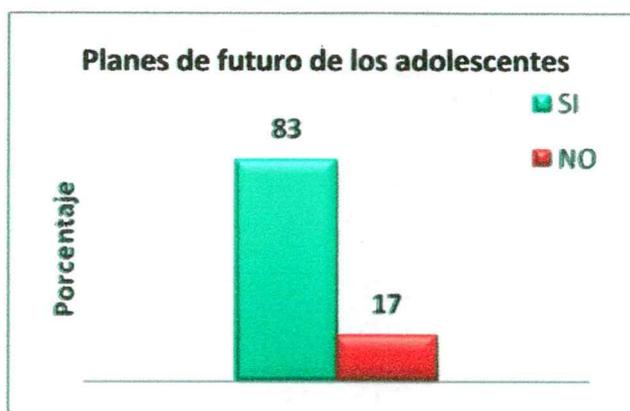


GRÁFICO N°5: Planes de futuro de los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

El **83%** (n: 15) manifestó **tener pensado** qué quiere hacer en **el futuro**; que estudiar, a que dedicarse, cuando formar una familia etc. Solo el **17 %** (n: 3) manifestó **no tenerlo pensado**.



GRÁFICO N°6: Porcentajes de conversaciones de sexualidad en los hogares de los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

El entorno familiar no ofrece la oportunidad de hablar sobre sexualidad ya que solo un **22%** (n: 4) manifestaron que se **habla de sexualidad en sus hogares**.

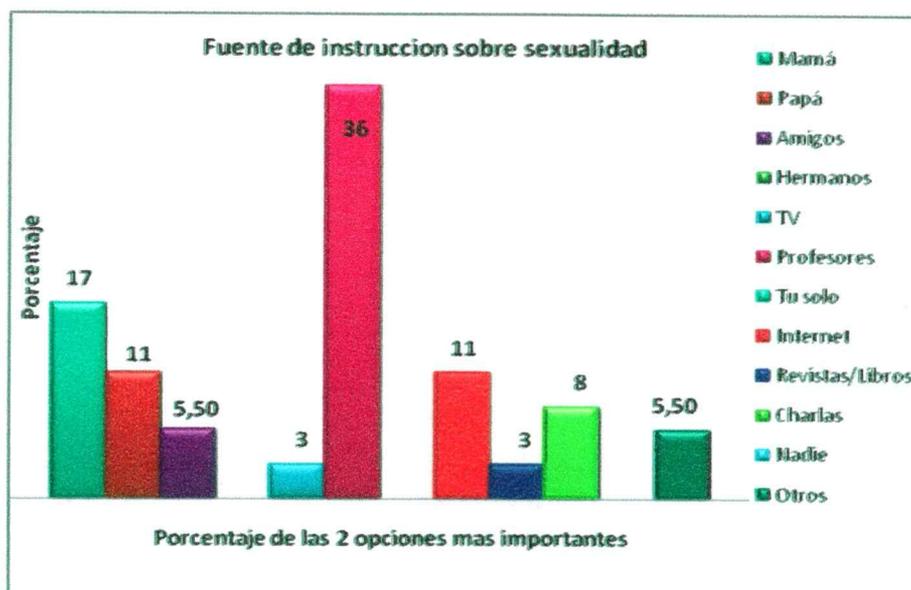


GRÁFICO N°7: Fuente de instrucción sobre sexualidad de los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Los adolescentes indicaron las **2** opciones que ellos consideraban **más importantes** respecto a la **fente información y/o instrucción sobre sexualidad**. El total de los datos obtenidos son 36 y sobre ellos se calculó el porcentaje de cada respuesta.

Las 2 opciones más elegidas fueron:

Profesores: Un **36%** de las opciones que representa **13 elecciones** de las cuales **3** pertenecen a **mujeres** y **10** a elecciones de **varones**.

Madre: Un **17%** de las opciones que representan **6 elecciones** en total, de las cuales **2** pertenecen a **mujeres** y **4** a **varones**.

Se evidencia que los **profesores** han sido **la mayor fuente de instrucción** en materia de sexualidad, seguido por la madre como la segunda fuente de instrucción más elegida por los adolescentes.

Esta información está relacionada con lo que señala el gráfico 2, que un 78 % no tiene conversaciones sobre sexualidad en sus hogares.

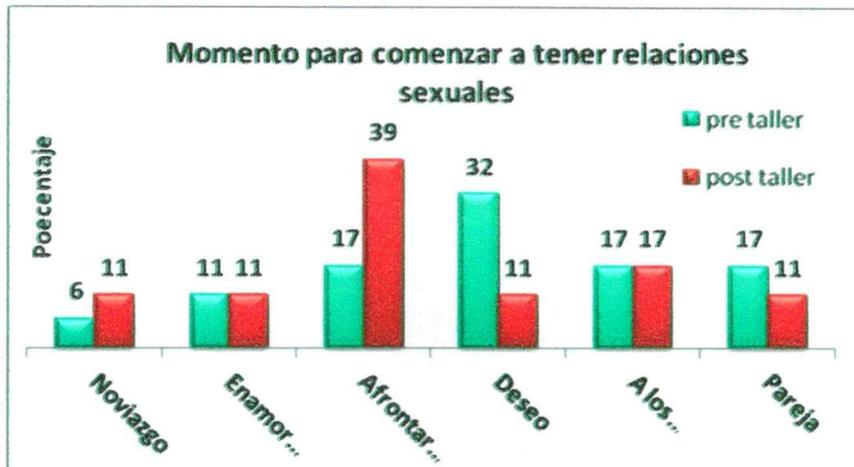


GRÁFICO N°8: Momento para comenzar a tener relaciones sexuales según los adolescentes encuestados en el **pre y post taller** de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Los adolescentes indicaron 1 opción que ellos consideran la más importante respecto al momento adecuado para iniciar las relaciones sexuales.

A partir de lo analizado se evidencia el aumento de las respuestas a la opción **Cuando esté en condiciones de afrontar las consecuencias**. Después de la implementación del taller, el **39%** de los adolescentes (n: 7) opinan que para tener relaciones sexuales es necesario estar preparado para hacerlo de manera responsable, ya que esto es lo que significa afrontar las consecuencias; hacerse responsable tanto del cuidado como de las consecuencias.

Al momento del **pre taller**, y en relación al sexo de los adolescentes, las **mujeres** eligen opciones en relación al **futuro, mayor edad o al formar una pareja**. En los **varones** es el **deseo** la opción más elegida.

Las **edades** propuestas fueron, **13, 14 años** (por **varones**) y **23 años** (**mujer**).

Estas elecciones no cambiaron después del taller.

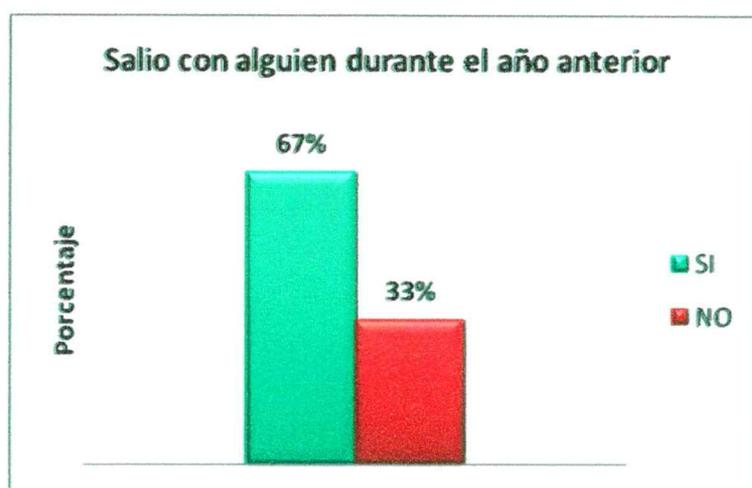


GRÁFICO N°9: *Porcentaje sobre si salieron con alguien durante el año anterior, según los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.*

Un **67%** (n: 12) afirmaron que **salieron con alguien** durante el año anterior. Un **33%** (n: 6) manifestaron que **no**.

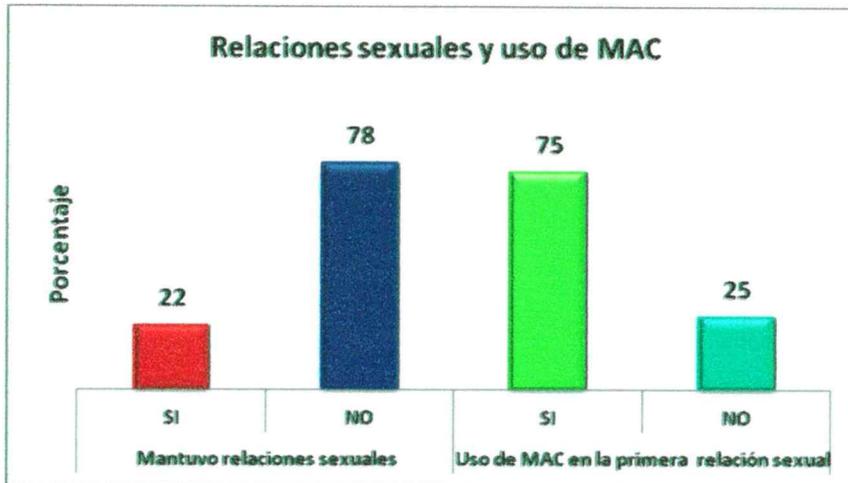


GRÁFICO N°10: Relaciones sexuales y uso de método anticonceptivo (MAC) de los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Un **22%** (n: 4) de la muestra **ha tenido relaciones sexuales**, de los cuales un **75%** (n: 3) afirmaron que **se cuidaron** en la primera relación sexual y solo un **25%** (n: 1) **no se cuidó**.

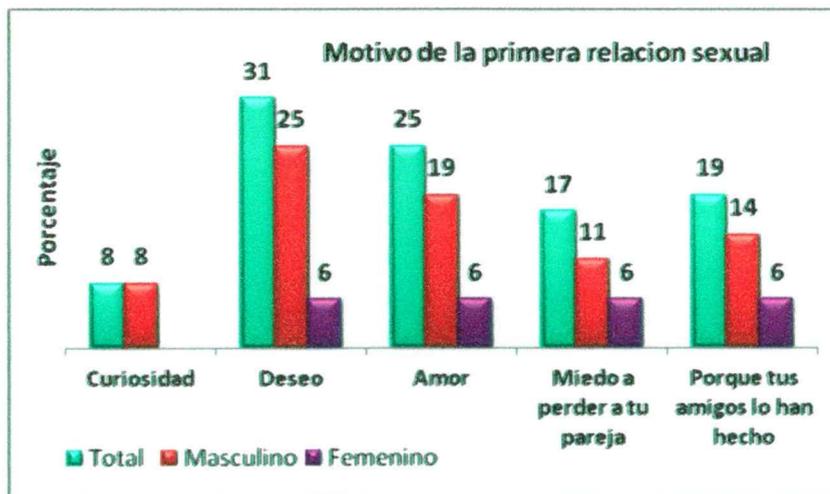


GRÁFICO N°10: Motivo que induce a la primera relación sexual según los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Los adolescentes indicaron las **2 opciones** que ellos consideraban más **importantes** respecto al **motivo** para experimentar la **primera relación sexual**. El total de los datos obtenidos son 36 y sobre ellos es calculado el porcentaje de cada respuesta.

El **deseo** es la opción **más elegida** y el **amor** es la **segunda razón** que motiva a los adolescentes a experimentar la primera relación sexual. Los **varones** eligieron el **deseo (25 %)** en mayor proporción que el **amor (19%)**. En las **mujeres** el porcentaje de elección **(6%)** es igual en las **2 opciones**.

La **tercera opción** más seleccionada es, porque **los amigos lo han hecho**, los adolescentes se pueden sentir presionados o incitados por la experiencia de sus pares.



GRÁFICO N°11: Donde buscar ayuda ante un embarazo o ETS según los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Los adolescentes debían indicar las **2 opciones** que ellos consideraban **más significativas** en relación **a quien recurrirían en busca de ayuda ante un embarazo o ETS**. No todos los adolescentes señalaron 2 opciones, por esta razón se incluye el ítem No contesta 1 opción.

El total de los datos obtenidos son 36 y sobre ellos es calculado el porcentaje de cada respuesta.

Los adolescentes recurrirían a un **Centro de Salud** en busca de ayuda en un **33%** (n: 12) de la muestra, como segunda opción fue elegida la **familia** en un **30%** de la muestra (n: 11) en caso de presentarse un embarazo no buscado y una enfermedad de transmisión sexual.

NIVEL DE INFORMACION SOBRE EDUCACION SEXUAL

Se analizaron las respuestas dadas por los adolescentes comparando las señaladas en el Pre taller con las del Post taller.

AFIRMACIONES:

- Sexualidad es solo lo que tiene que ver con las relaciones sexuales*
- En una relación sexual solo se involucra el cuerpo de las personas*
- Los espermatozoides viven solo 2 horas fuera del cuerpo*
- La fecundación del ovulo ocurre en el útero*
- La primera vez que una chica tiene relaciones sexuales no puede quedarse embarazada porque es virgen.*
- Los adolescentes no se contagian de enfermedades de transmisión sexual porque tienen poca experiencia sexual.*
- Debo pensar en las consecuencias que tienen mis actos sobre los demás.*
- Las relaciones sexuales tienen que ser espontáneas, planificarlas implica que se disfrutará menos.*
- Si surgiera la posibilidad de tener una relación sexual de tipo casual pero no tengo un preservativo, igual vale la pena arriesgarse.*
- Cuando hay confianza entre dos personas ya no es necesario cuidarse en las relaciones sexuales.*

-En una relación sexual (ya sea con el novio/a o casual) es responsabilidad de ambos asumir los riesgos que esto implica

-Si por "accidente" la chica queda embarazada, ella es la que tiene mayor responsabilidad y es la única que tiene que tomar decisiones.

-Cuando una mujer dice que no, quiere decir que sí

-El hombre puede obligar y la mujer puede ser obligada a mantener relaciones sexuales.

-Los varones que demuestran afecto a su pareja son "menos" hombres.

-Los varones son dueños de sus novias y por lo tanto las deben proteger.

-En una relación de pareja, ambos deben decidir que quieren hacer.

En estas 17 afirmaciones debían señalar:

SI: está de acuerdo con la afirmación / **NO:** no está de acuerdo con la afirmación / **NO SE:** no está de acuerdo ni en desacuerdo con la afirmación.

PREGUNTAS: En estas 2 preguntas finales (N° 18 y 19) debían señalar 2 opciones del total dadas.

¿Cuál es el mejor método anticonceptivo para un adolescente que quiere evitar un embarazo no buscado?

¿Cuál es el mejor método anticonceptivo para evitar una enfermedad de transmisión sexual?

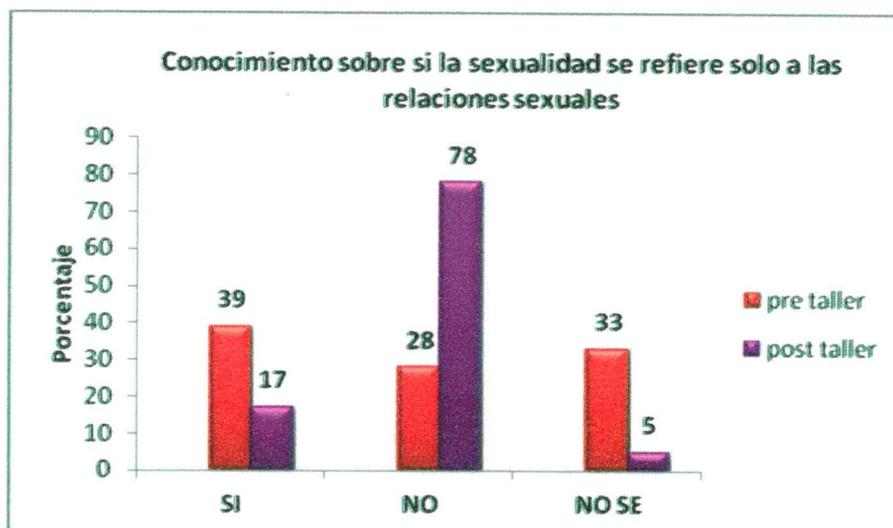
GRAFICOS

GRÁFICO N°12: Conocimiento sobre si la sexualidad se refiere solo a las relaciones sexuales, según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 13)

Antes de la implementación del taller, el **39 %** de la muestra (n: 7) contestó **SI** a la afirmación de que “**la sexualidad se refiere solo a lo que tiene que ver con las relaciones sexuales**”, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta. **Posteriormente** al taller se registra que el **78 %** de la muestra (n: 14) contestó **NO** a la afirmación, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta.

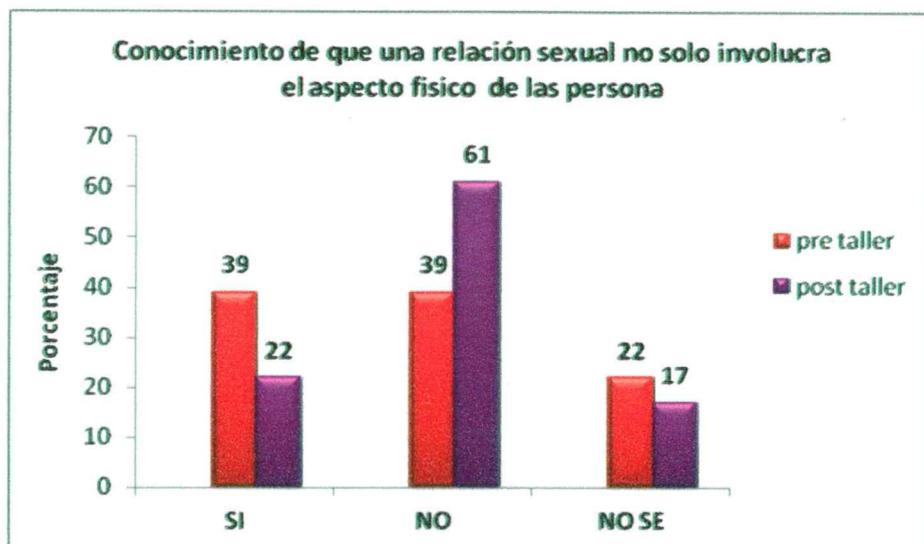


GRÁFICO N°13: Conocimiento de que una relación sexual no solo involucra el aspecto físico de las personas, según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 13)

Antes de la implementación del taller, el **39 %** de la muestra (n: 7) contestó **NO** a la afirmación, **“la relación sexual solo incluye el cuerpo de las personas”**.

Posteriormente al taller se registra que el **61 %** de la muestra (n: 11) contestó **NO** a la afirmación, siendo este el porcentaje de mayor respuesta

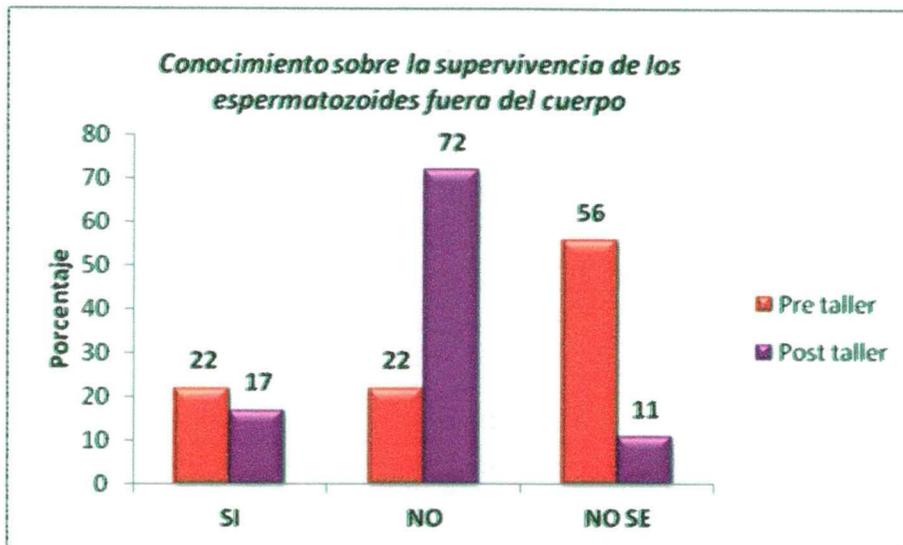


GRÁFICO N°14: Conocimiento sobre la supervivencia de los espermatozoides fuera del cuerpo según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 14)

Antes de la implementación del taller, el **56 %** de la muestra (n: 10) contestó **NO SE** a la afirmación **“Los espermatozoides viven solo 2 horas fuera del cuerpo”** siendo este el porcentaje de mayor de respuesta. **Posteriormente** al taller el **72%** de la muestra (n: 13) contestó **NO** a la afirmación, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta.

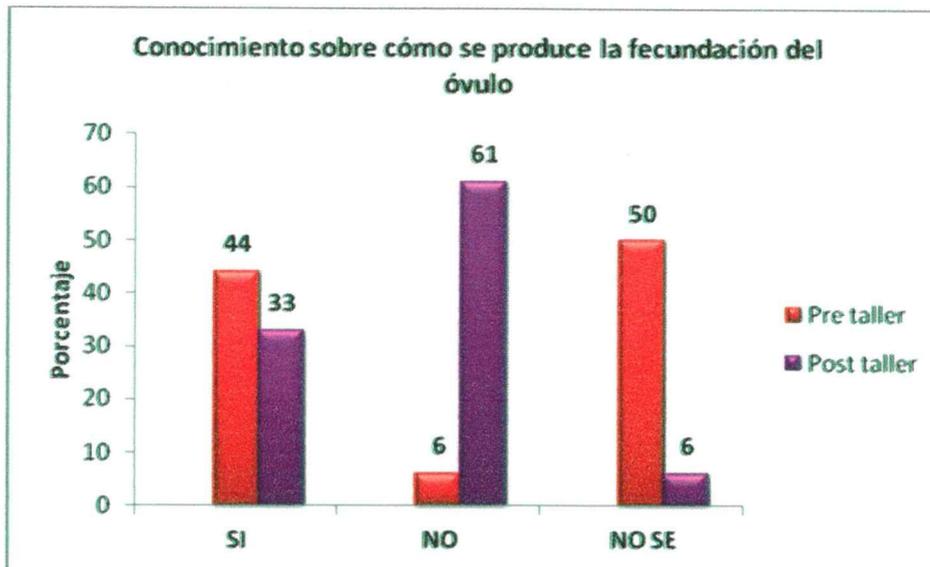


GRÁFICO N°15: Conocimiento sobre cómo se produce la fecundación del óvulo según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 14)

Antes de la implementación del taller, el **50 %** de la muestra (n: 9) contestó **NO SE** a la afirmación **“La fecundación del ovulo ocurre en el útero”**, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta. **Posteriormente** al taller se registra que el **61%** de la muestra (n: 11) contestó **NO** a la afirmación, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta.



GRÁFICO N°16: Conocimiento del riesgo de embarazo aún en la primera relación sexual, según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 15)

Antes de la implementación del taller, el **50 %** de la muestra (n: 9) contestó **NO** a la afirmación, **“La primera vez que una chica tiene relaciones sexuales no puede quedarse embarazada porque es virgen”**, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta. **Posteriormente** al taller se registra que el **72%** de la muestra (n: 13) contestó **NO** a la afirmación, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta.

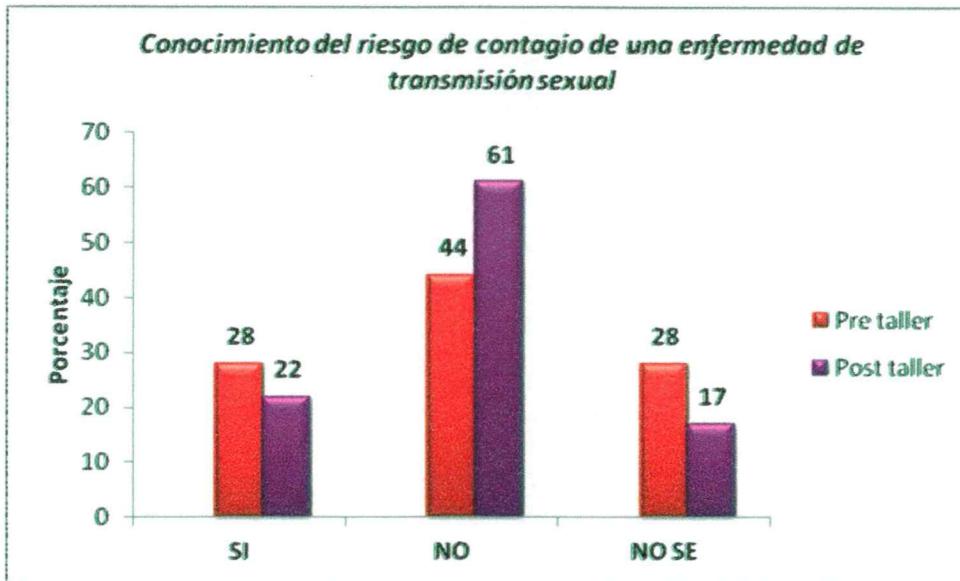


GRÁFICO N°17: Conocimiento del riesgo de contagio de una enfermedad de transmisión sexual, según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 15)

Antes de la implementación del taller, el **44%** de la muestra (n: 8) contestó **NO** a la afirmación, "**Los adolescentes no se contagian de enfermedades de transmisión sexual porque tienen poca experiencia sexual**", siendo este el porcentaje de mayor de respuesta. **Posteriormente** al taller se registra que el **61%** de la muestra (n: 11) contestó **NO** a la afirmación, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta.



GRÁFICO N°18: Responsabilidad personal sobre las consecuencias que tienen los actos sobre los demás, según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 16)

Antes de la implementación del taller, el **77%** de la muestra (n: 14) contestó **SI** a la afirmación, "**Debo pensar en las consecuencias que tienen mis actos sobre los demás**", siendo este el porcentaje de mayor de respuesta. **Posteriormente** al taller se registra que el **100%** de la muestra (n: 18) contestó **SI** a la afirmación.

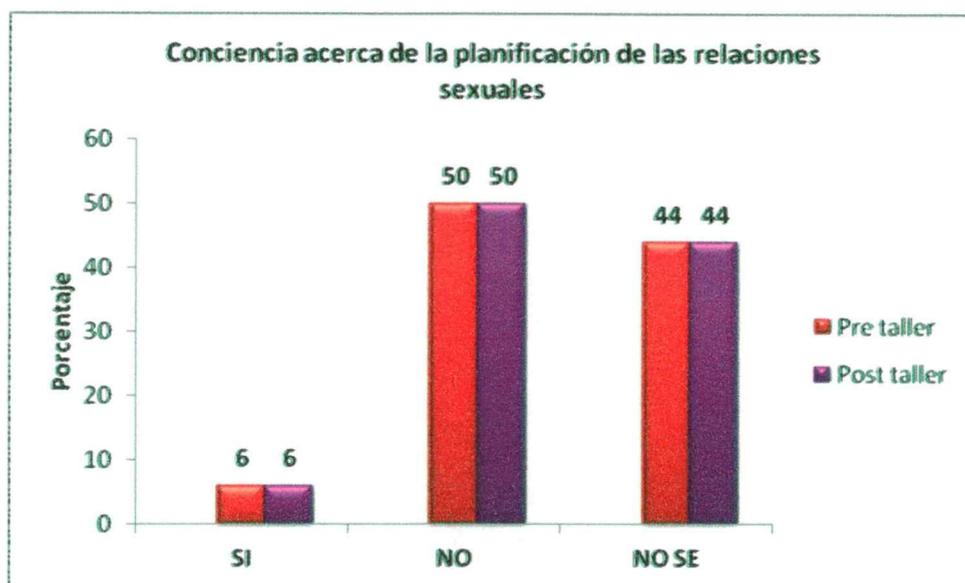


GRÁFICO N°19: Conciencia acerca de la planificación de las relaciones sexuales, según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 17)

Antes de la implementación del taller, el **50 %** de la muestra (n: 9) contestó **NO** a la afirmación, **“Las relaciones sexuales tienen que ser espontáneas, planificarlas implica que se disfrutará menos”**, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta. **Posteriormente** al taller se registran los mismos porcentajes, **no** se observa **variación** en los valores.

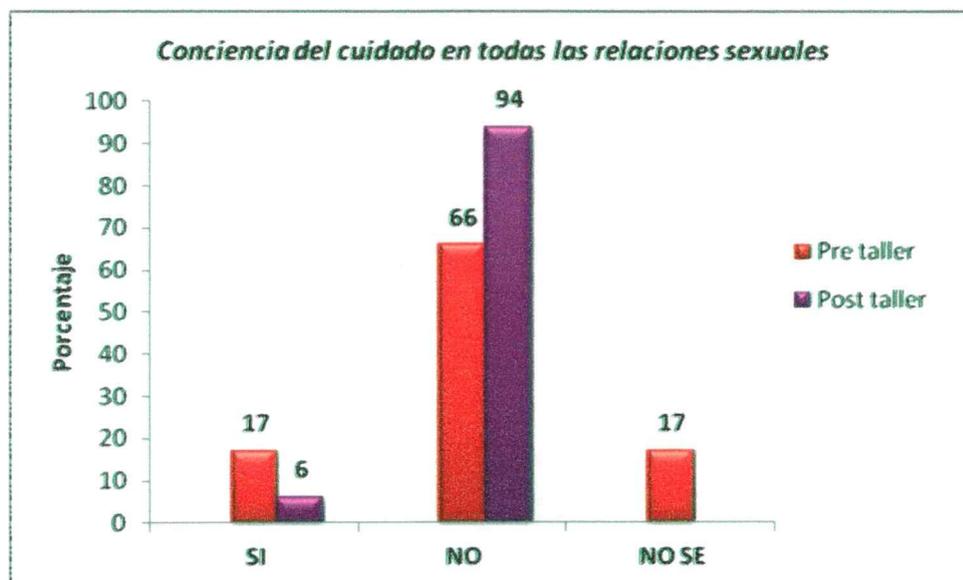


GRÁFICO N°20: Conciencia del cuidado en todas las relaciones sexuales, según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 17)

Antes de la implementación del taller, el **66%** de la muestra (n: 12) contestó **NO** a la afirmación, **“Si surgiera la posibilidad de tener una relación sexual de tipo casual pero no tengo un preservativo, igual vale la pena arriesgarse”** siendo este el porcentaje de mayor de respuesta. **Posteriormente** al taller se registra que el **94%** de la muestra (n: 17) contestó **NO** a la afirmación, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta.

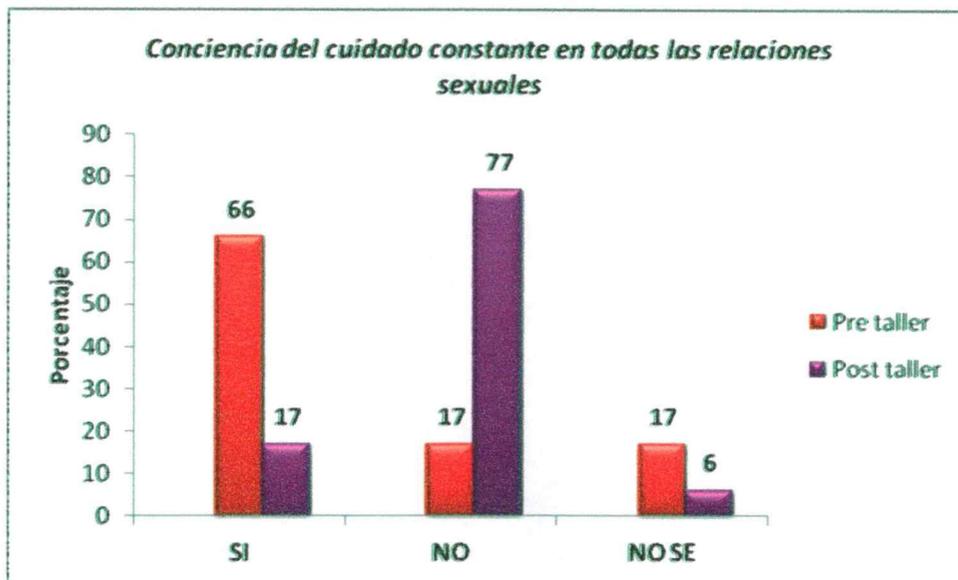


GRÁFICO N°21: Conciencia del cuidado constante en todas las relaciones sexuales, según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 17)

Antes de la implementación del taller, el **66 %** de la muestra (n: 12) contestó **SI** a la afirmación, **“Cuando hay confianza entre dos personas ya no es necesario cuidarse en las relaciones sexuales”** siendo este el porcentaje de mayor de respuesta. **Posteriormente** al taller se registra que el **77%** de la muestra (n: 14) contestó **NO** a la afirmación, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta.

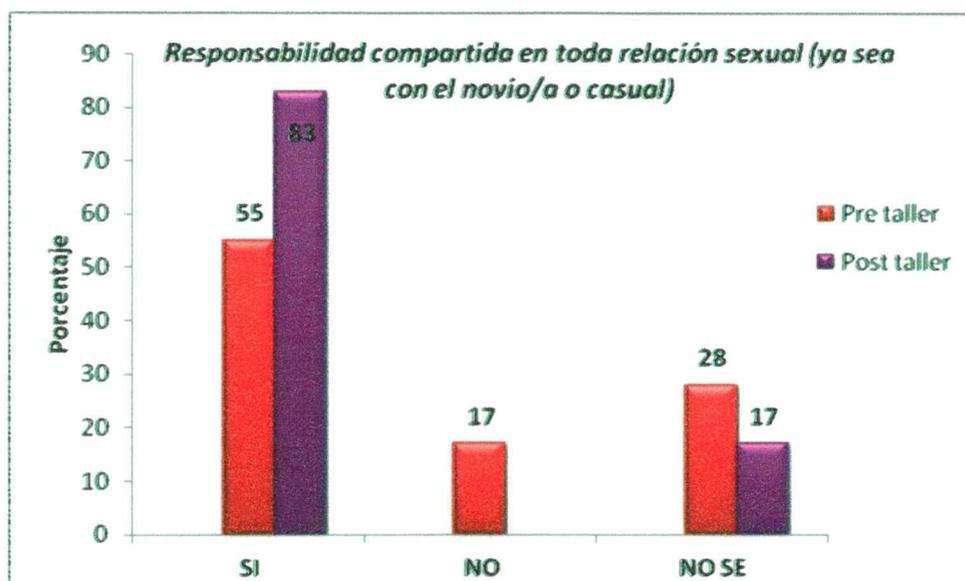


GRÁFICO N°22: Responsabilidad compartida en toda relación sexual (ya sea con el novio/a o casual), según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 18)

Antes de la implementación del taller, el **55%** de la muestra (n: 10) contestó **SI** a la afirmación, "**En una relación sexual (ya sea con el novio/a o casual) es responsabilidad de ambos asumir los riesgos que esto implica**", siendo este el porcentaje de mayor de respuesta. **Posteriormente** al taller se registra que el **83%** de la muestra (n: 15) contestó **SI** a la afirmación, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta.

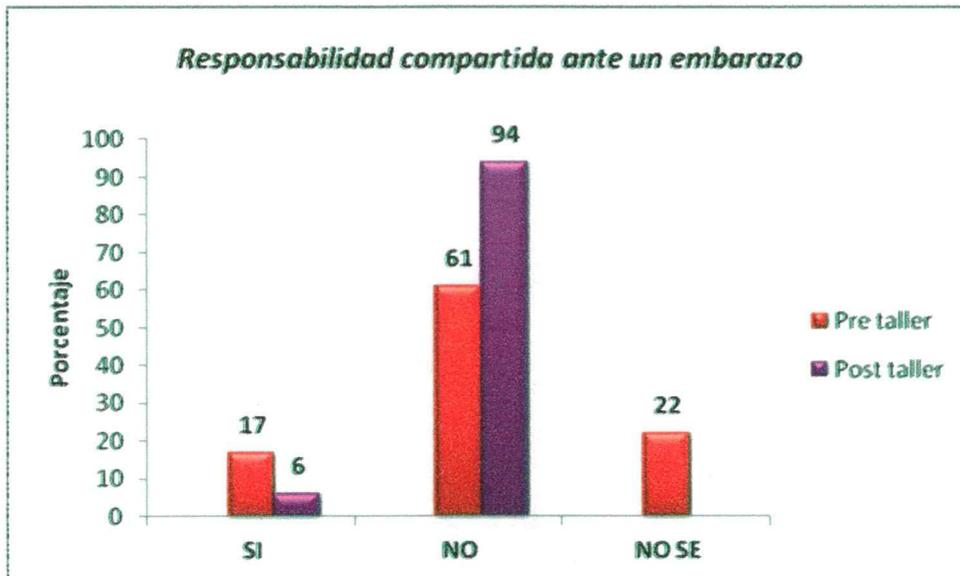


GRÁFICO N°23: Responsabilidad compartida ante un embarazo, según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 18)

Antes de la implementación del taller, el **61%** de la muestra (n: 11) contestó **NO** a la afirmación, **“Si por “accidente” la chica queda embarazada, ella es la que tiene mayor responsabilidad y es la única que tiene que tomar decisiones”**, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta. **Posteriormente** al taller se registra que el **94%** de la muestra (n: 17) contestó **NO** a la afirmación, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta.



GRÁFICO N°24: Respeto por la opinión de la mujer según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 19)

Antes de la implementación del taller, el **67%** de la muestra (n: 12) contestó **NO SE** a la afirmación, “**Cuando una mujer dice que no, quiere decir que sí**”, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta. **Posteriormente** al taller se registra que el **56%** de la muestra (n: 10) contestó **NO SE** a la afirmación, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta. Se puede observar el aumento de respuesta de **NO** estar de acuerdo del **22%** (n: 4) en el **pre taller** al **44%** (n:8) en el **post taller**.

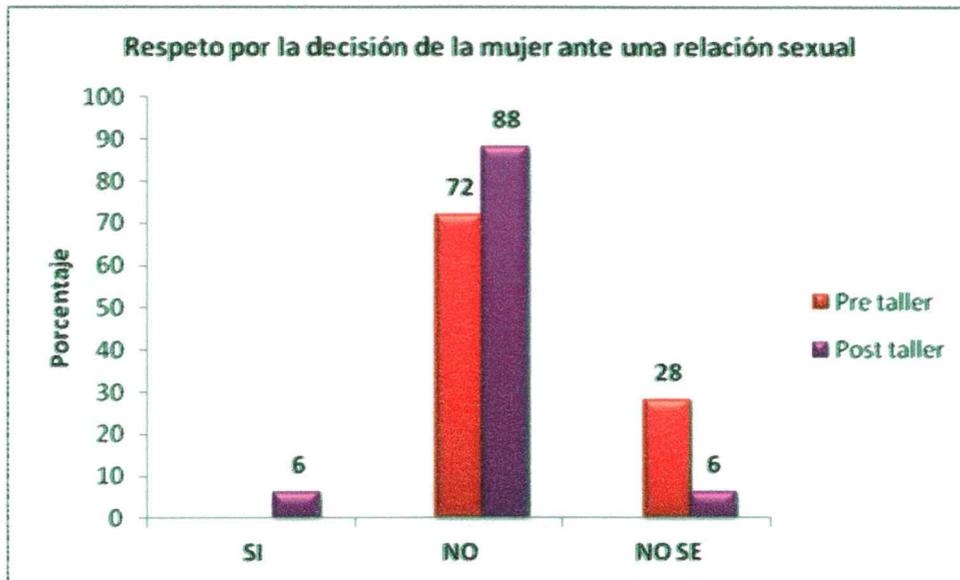


GRÁFICO N°25: Respeto por la decisión de la mujer ante una relación sexual, según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 19)

Antes de la implementación del taller, el **72 %** de la muestra (n: 13) contestó **NO** a la afirmación, **“El hombre puede obligar y la mujer puede ser obligada a mantener relaciones sexuales”**, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta. **Posteriormente** al taller se registra que el **88%** de la muestra (n: 16) contestó **NO** a la afirmación, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta.

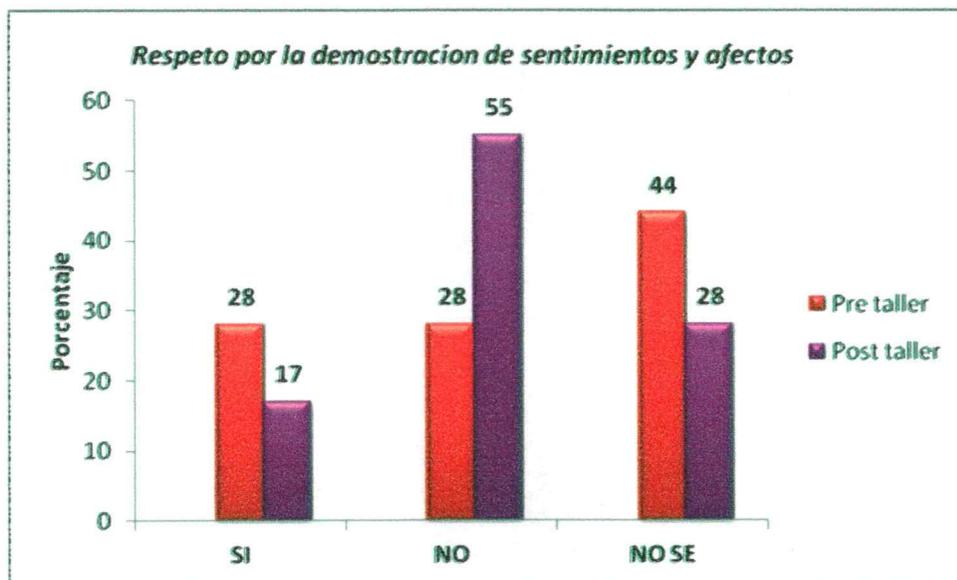


GRÁFICO N°26: Respeto por la demostración de sentimientos y afectos, según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 19)

Antes de la implementación del taller, el **44%** de la muestra (n: 8) contestó **NO SE** a la afirmación, “**Los varones que demuestran afecto a su pareja son “menos” hombres**”, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta. **Posteriormente** al taller se registra que el **55%** de la muestra (n: 10) contestó **NO** a la afirmación, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta.

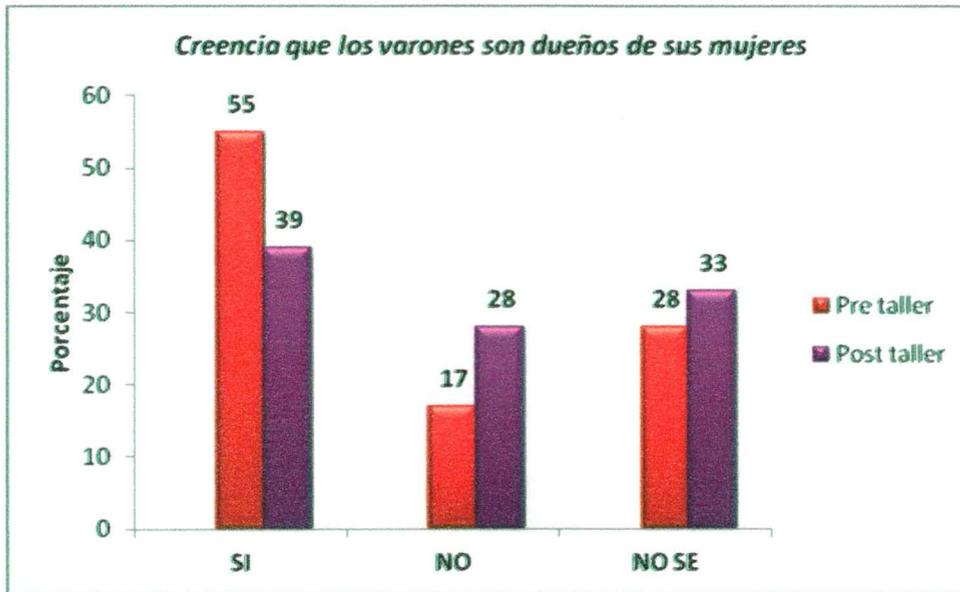


GRÁFICO N°27: Creencia que los varones son dueños de sus mujeres, según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 19)

Antes de la implementación del taller, el **55 %** de la muestra (n: 10) contestó **SI** a la afirmación, "**Los varones son dueños de sus novias y por lo tanto las deben proteger**", siendo este el porcentaje de mayor de respuesta.

Posteriormente al taller se registra que el **39%** de la muestra (n: 7) contestó **SI** a la afirmación, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta.

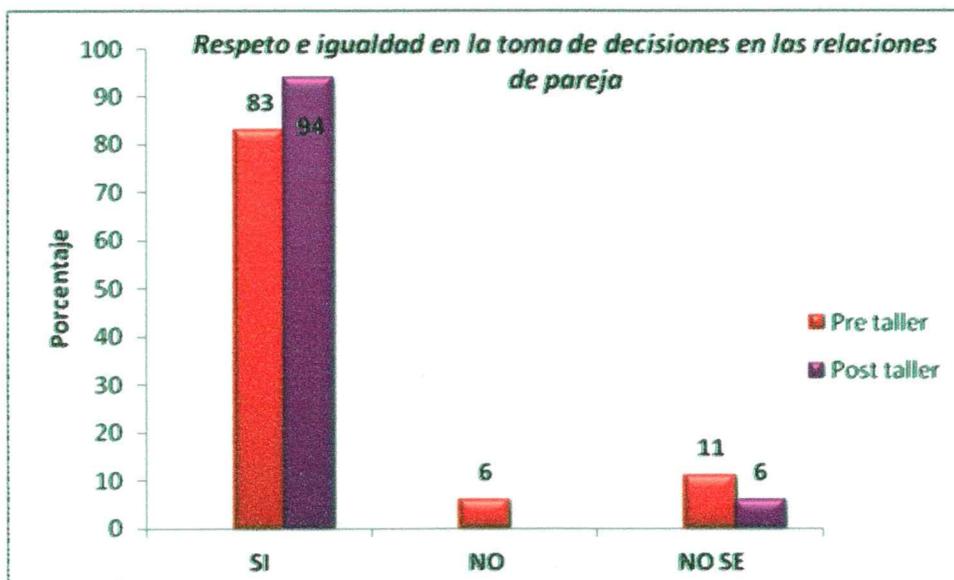


GRÁFICO N°28: Respeto e igualdad en la toma de decisiones en las relaciones de pareja, según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 19)

Antes de la implementación del taller, el **83%** de la muestra (n: 15) contestó **SI** a la afirmación, **“En una relación de pareja, ambos deben decidir que quieren hacer”**, siendo este el porcentaje de mayor de respuesta. **Posteriormente** al taller se registra que el **94%** de la muestra (n: 17) contestó **SI** a la afirmación.

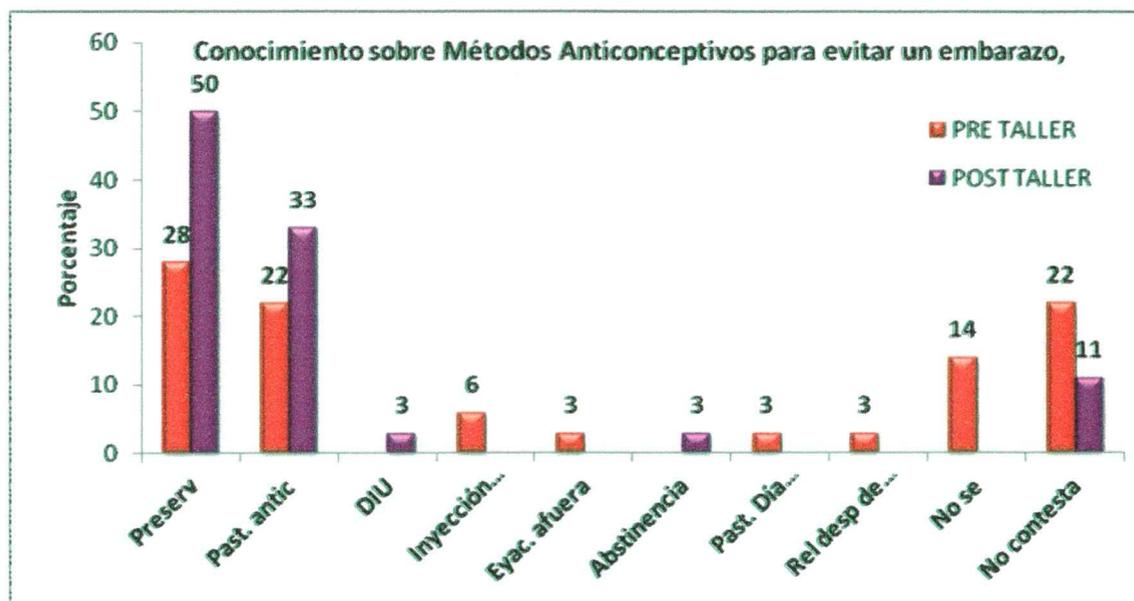


GRÁFICO N°29: Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos para evitar un embarazo, según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 20)

Los adolescentes debían señalar los 2 métodos que consideraran más adecuados. Algunos solo señalaron 1 opción, para registrar este faltante se agrega el ítem, no contesta 1 opción.

Antes del taller, el **preservativo** fue el método más elegido con un **28%** (n: 10), seguido por las **pastillas anticonceptivas** en un **22%** (n: 8). **Posteriormente** al taller la elección del **preservativo** aumenta al **50%** (n: 18) que representa al **100% de la muestra**. El 2° MAC mas elegido son las **pastillas anticonceptivas** cuyo porcentaje aumenta al **33%** (n: 12).

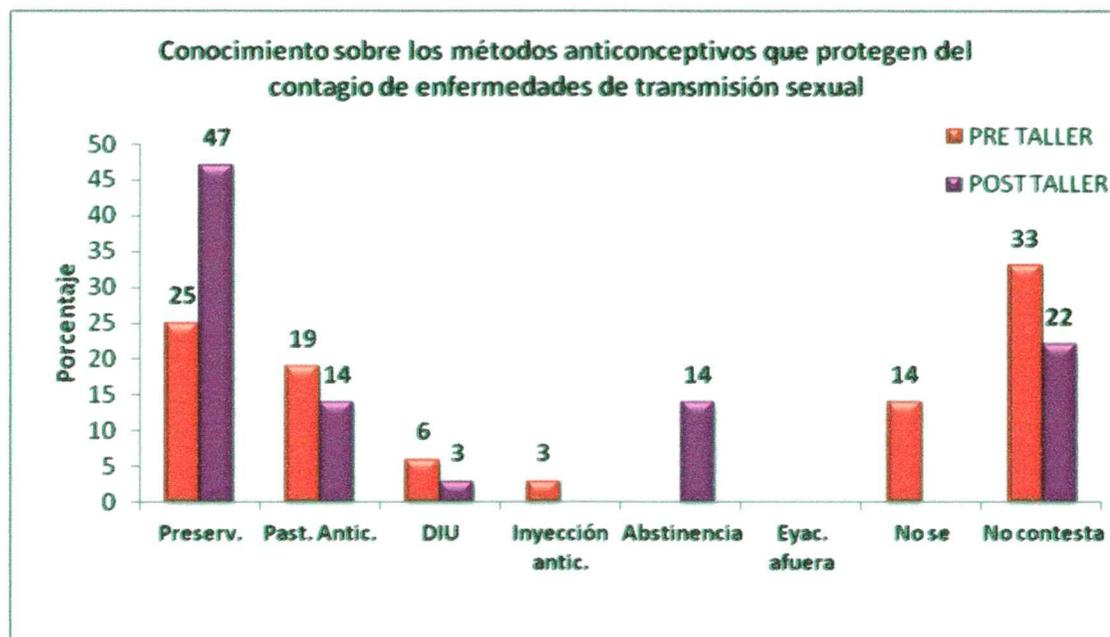


GRÁFICO N°30: Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos que protegen del contagio de enfermedades de transmisión sexual, según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 21)

Los adolescentes debían señalar los 2 métodos que consideraran más adecuados. Algunos solo señalaron 1 opción, para registrar este faltante se agrega el ítem, no contesta 1 opción.

En el **pre taller** el **preservativo** fue el método más elegido con un **25%** de las elecciones (n: 9), seguido por las **pastillas anticonceptivas** en un **19%** (n: 7).

Después del taller aumenta el porcentaje en la elección del **preservativo** al **47%** de las elecciones (n: 17) que representa el **90% de la muestra**. El 2° método más elegido son las **pastillas anticonceptivas** cuyo porcentaje baja al **14%** (n: 5) respecto al porcentaje anterior. **Surge** la elección de la **abstinencia** como método de protección en un **14%** (n: 5), esta elección responde a la situación en la cual no se cuenta con un preservativo como protección.

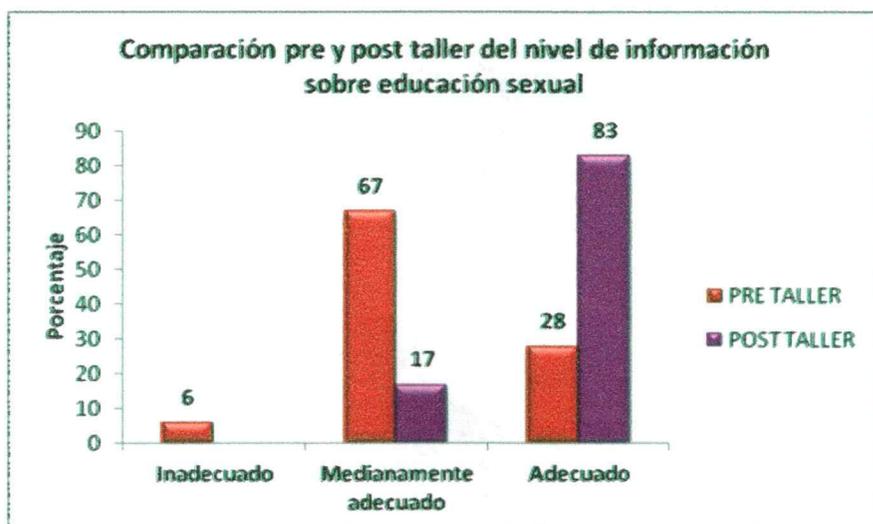


GRÁFICO N°31: Comparación pre y post taller del nivel de información sobre educación sexual, de los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina. (Tabla 22)

Posteriormente al taller se registra que, No hay ningún nivel inadecuado de información, y el mayor porcentaje de la muestra **83%** logra un **nivel adecuado de información.**

CONCLUSIÓN

CONCLUSION

El objetivo de este trabajo de investigación fue determinar el aporte de un taller de educación sexual, en el nivel de información sobre educación sexual en adolescentes de 13 y 14 años de edad.

A través de la experiencia concreta de la coordinación de un taller de educación sexual, se intentó explorar las incumbencias del Terapeuta Ocupacional en la promoción de la salud, como así también crear un espacio en el que los adolescentes puedan generar conocimientos acerca del ejercicio de una sexualidad responsable.

Esto se valoró comparando el nivel de información en educación sexual de los adolescentes pre y post implementación del taller.

Dentro de los datos recolectados por medio de la encuesta, se incluyeron aspectos sociodemográficos y personales de los cuales podemos obtener información que nos generan interrogantes y permiten desprender otras necesidades o puntos de investigación.

Del análisis de los datos socio demográficos se desprende que:

El 77% de la muestra fueron varones y solo el 23% mujeres; en el momento de la convocatoria la respuesta de los varones fue más espontánea ya sea por el Si como por el No querer participar, aunque después, en varios casos cambiaron de opinión; las mujeres en su mayoría se mostraron más incómodas o inhibidas ante la convocatoria, y esto se vio reflejado en la conformación final de la muestra.

En relación a la fuente de información sobre sexualidad; es notable que el 78% de la muestra *no habla de sexualidad en sus hogares*, lo cual indica que los padres no son fuente de información y de formación en este tema; por el contrario el 36% de la muestra ha recibido instrucción de los profesores, punto que destaca el rol de la escuela en este aspecto de la vida del adolescentes.

La opinión de los adolescentes respecto a cuándo es el momento adecuado para comenzar a tener relaciones sexuales, señala que en el pre taller el porcentaje mayor del 32% está representado por la elección de la opción *“cuando tenga el deseo”*, mientras que en el post taller la opción con mayor porcentaje es *“cuando esté en condiciones de afrontar las consecuencias”*, seleccionada en un 39%. Este dato nos permite deducir que al momento de finalizado el taller han podido incorporar conceptos en relación a la responsabilidad que conlleva toda relación sexual.

El 22% de la muestra ya tiene relaciones sexuales. En cuanto al motivo que induce a la primera relación sexual los adolescentes señalaron *“el deseo”* con el 31%, seguido por la opción *“amor”* con el 25%. Lo cual nos indica que el inicio de las relaciones sexuales no es pensado como algo lejano, sino por el contrario, algo presente y posible de realizar en cuanto lo decidan, ya que tanto el amor como el deseo son de carácter íntimo y personal.

En el análisis acerca del impacto del taller, por medio de la comparación de los datos del pre y post taller, podemos inferir las siguientes conclusiones:

Respecto a lo que es la sexualidad y como es la fecundación, las respuestas del post taller señalan la incorporación de conocimientos correctos.

En relación a lo que implica la toma de conciencia del cuidado de la propia salud, en una de las opciones *“las relaciones sexuales tienen que ser espontáneas, planificarlas implica que se disfrutará menos”* no se visualiza cambio en el post taller. Esta situación puede estar relacionada con el hecho de que la planificación no caracteriza a la conducta del adolescente, el cual actúa y luego reflexiona o analiza. Sí se evidencia el cambio en relación al cuidado que se debe tener en toda relación sexual sea esta casual o no.

Son notables los cambios en relación a la responsabilidad compartida, al aceptar que la responsabilidad es de la pareja tanto en el cuidado como en el asumir las consecuencias que devengan de toda relación sexual.

En las afirmaciones referentes a la igualdad y respeto en la relación de pareja, especialmente en aquellas que hacen referencia a la imagen viril del hombre, como por ejemplo *“los varones son dueños de sus novias y por lo tanto las deben proteger”* y *“cuando una mujer dice que no, quiere decir que sí”* (se relaciona con la idea de que el hombre es el que busca y convence a la mujer y “debe” lograr su objetivo), se observa que no existen cambios significativos en el post taller. Estos pensamientos responden a una manera de concebir al varón que tiene su arraigo en pre conceptos y dinámicas aprendidas en sus grupos familiares la cual a su vez es producto de la sociedad y la cultura.

Referente a los métodos anticonceptivos para evitar un embarazo, en el post taller el 100% (n:18) selecciono al preservativo, seguido por las pastillas anticonceptivas en un 66% (n:12) de la muestra.

Después del taller, el método anticonceptivo más elegido para evitar enfermedades de transmisión sexual fue el preservativo en un 99% (n: 17) de la muestra, seguido por la abstinencia que no había sido elegida en el pre taller.

Respecto al nivel de información sobre educación sexual, los datos indican un progreso comparando los puntajes del pre y post taller. En el pre taller el 67% posee un nivel medianamente adecuado, siendo este el mayor porcentaje. Mientras que en el post taller un 83% de la muestra alcanza un nivel adecuado de información. Lo que permite deducir, que el taller tuvo un impacto positivo en el nivel de información de los adolescentes.

Dentro de las diversas áreas en las que puede intervenir el TO, el área de la Promoción de la Salud es de gran valor, en particular por el hecho de que se puede contribuir en el cambio de los comportamientos perjudiciales, y fomentar un sentimiento de responsabilidad personal para cuidar y o mejorar la propia salud.

La misión de esta experiencia fue que el taller se constituyera en una herramienta para que, cada adolescente que asistió, tome conciencia del cuidado de su propia salud.

En los diferentes encuentros se creó un espacio en el que el adolescente se sintió a gusto, libre y contenido para hablar de lo que le interesa y esto facilitó el intercambio de opiniones, conocimientos y experiencias. Los adolescentes manifestaron interés sincero y espontáneo de continuar con ese espacio y poder hablar sobre otros temas de interés como las drogas y el alcohol.

Participar de este taller fue muy gratificante, especialmente por el vínculo entablado con los adolescentes y el clima agradable de trabajo que se creó en los sucesivos encuentros. Al finalizar el taller se pudo observar el compromiso y dedicación con la que hicieron los afiches de promoción de la salud; el poder expresar un conocimiento que se sabe es correcto, bueno y necesario, coloca a cada adolescente como fuente de información y agente de salud, ya que puede divulgar conocimientos de conductas saludables y responsables entre sus pares. Esto es sin duda, el mayor logro de esta experiencia.

Sin embargo, es necesario reflexionar acerca del hecho de que el efecto del taller perderá su impacto a medida que transcurra el tiempo. Sería muy útil realizar una evaluación para comprobar si el conocimiento alcanzado en el taller se mantiene; tal vez aplicando nuevamente la encuesta después de un tiempo determinado (6 meses o más), para comprobar si recuerdan lo "aprendido" y agregar ítem que indaguen sobre presencia de embarazos o consultas medicas por enfermedades de transmisión sexual.

La conducta sexual es íntima y privada, hay muchos matices que interactúan en una relación sexual, por lo tanto es un tema que debería ser retomado y profundizado con frecuencia para reforzar el concepto de responsabilidad en el cuidado de la propia salud, brindar nueva información y las herramientas necesarias para entablar relaciones respetuosas e igualitaria.

En base a los diferentes datos recolectados, surgen cuestiones a afrontar en torno a esta población:

- 1- El mayor porcentaje de los adolescentes piensa en las relaciones sexuales como algo presente, no es algo lejano o reservado para un momento determinado. Es un hecho que los adolescentes tienen relaciones sexuales en edades cada vez más tempranas, por lo tanto la educación sexual es un tema de interés y es necesario abordarla en forma continua.
- 2- En la familia no se habla de sexualidad, *según esta muestra* los padres no son formadores ni constituyen una fuente de información. Es importante trabajar con la familia para que sean proveedores de conocimiento y formación de sus hijos en relación a este tema.
- 3- Es útil y necesario crear espacios que brinden conocimientos de promoción de la salud para adolescente en forma permanente. Los chicos tienen mucho que decir acerca de lo que les atañe, pero necesitan el espacio para hacerlo. El comedor comunitario es un entorno conocido y al alcance de los adolescentes, sería de gran utilidad seguir trabajando en los mismos. Al finalizar el taller de educación sexual, los adolescentes manifestaron su interés en continuar con el taller y trabajar temas como la droga y el alcohol.

A partir de esta experiencia se espera fortalecer y aportar al ejercicio del rol del Terapeuta Ocupacional en el área de Promoción de la Salud; como miembro de un equipo interdisciplinario, directivo o ejecutor de proyectos. Como así también generar nuevas inquietudes o interrogantes para futuras investigaciones y/o intervenciones de Terapia Ocupacional u otras disciplinas, en relación a la población o al tema planteado.

La promoción de la salud brinda un amplio campo de trabajo y aprendizaje continuo y el Terapeuta Ocupacional cuenta con una mirada particular del individuo y su entorno, que lo capacita para ser tanto generador como ejecutor de proyectos de promoción de la salud.

ANEXOS

Anexo 1: Tablas de análisis de datos

TABLA N°1: Edad y sexo de los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Edad y sexo de los adolescentes que participaron del taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa.						
SEXO	Edad				Total general	
	13		14		N	%
	N	%	N	%		
<i>Hombre</i>	8	44	6	33	14	77
<i>Mujer</i>	3	17	1	6	4	23
<i>Total general</i>	11	61	7	39	18	100

TABLA N° 2: Conformación del grupo familiar de los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Conformación del grupo familiar de los adolescentes que participaron del taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa.	N°	%
<i>Ambos padres y hermanos</i>	9	50
<i>Ambos padres</i>	1	6
<i>Madre</i>	7	38
<i>Padre</i>	1	6
<i>Otros</i>	0	0
<i>Total</i>	18	100

TABLA N°3: Nivel de estudio de ambos padres de los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Nivel de estudio de ambos padres de los adolescentes que participaron del taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa.	Madre		Padre	
	N°	%	N°	%
<i>Ninguno</i>	2	11	7	39
<i>Primario completo</i>	6	33,50	2	11
<i>Primario Incompleto</i>	2	11	2	11
<i>Secundario Completo</i>	6	33,50	5	28
<i>Secundario Incompleto</i>	2	11	2	11
<i>Universitario completo</i>	0	0,00	0	0,00
<i>Universitario incompleto</i>	0	0,00	0	0,00
<i>Total</i>	18	100	18	100

TABLA N°4: Rendimiento escolar de los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina

Rendimiento escolar de los adolescentes que participaron del taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa.	N°	%
<i>Muy Bueno</i>	3	17
<i>Bueno</i>	9	50
<i>Regular</i>	4	22
<i>Malo</i>	2	11
<i>Total</i>	18	100

TABLA N°5: Planes de futuro de los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Planes de futuro de los adolescentes que participaron del taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa.					
SI		NO		TOTAL	
Nº	%	Nº	%	Nº	%
15	83	3	17	18	100

TABLA N°6: Conversaciones de sexualidad en los hogares de los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Conversaciones de sexualidad en los hogares de los adolescentes que participaron del taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa					
SI		NO		TOTAL	
Nº	%	Nº	%	Nº	%
4	22	14	78	18	100

TABLA N°7: Fuente de instrucción sobre sexualidad de los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Fuente de instrucción sobre sexualidad de los adolescentes que participaron del taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa.	Total		Sexo			
			Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Mamá</i>	6	17	4	11	2	6
<i>Papá</i>	4	11	3	8	1	3
<i>Amigos</i>	2	5,5	2	6	0	0
<i>Hermanos</i>	0	0	0	0	0	0
<i>TV.</i>	1	3	1	3	0	0
<i>Profesores</i>	13	36	10	28	3	8
<i>Tu Solo</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Internet</i>	4	11	3	8	1	3
<i>Revistas /Libros</i>	1	3	0	0	1	3
<i>Charlas</i>	3	8	3	8	0	0
<i>Nadie</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Otros</i>	2	5,5	2	6	0	0
<i>Total</i>	36	100	28	78	8	22

TABLA N°8: Momento para comenzar a tener relaciones sexuales según los adolescentes encuestados en el **pre y post taller** de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Momento para comenzar a tener relaciones sexuales según los adolescentes que participaron del taller de educación sexual	Total Pre taller		Pre taller				Total Post taller		Post taller			
			Masculino		Femenino				Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Noviazgo</i>	1	6	1	6	0	0	2	11	2	11	0	0
<i>Cuando este enamorado/a</i>	2	11	2	11	0	0	2	11	2	11	0	0
<i>Cuando esté en condiciones de afrontar las consecuencias</i>	3	17	3	17	0	0	7	39	6	32	1	6
<i>Cuando tenga el deseo</i>	6	32	5	27	1	6	2	11	2	11	0	0
<i>A los Años</i>	3	17	2	11	1	6	3	17	2	11	1	6
<i>Casado o en pareja</i>	3	17	1	6	2	11	2	11	0	0	2	11
Total	18	100	14	78	4	22	18	100	14	78	4	22

TABLA N°9: Porcentaje sobre si salieron con alguien durante el año anterior, de los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Porcentaje sobre si salieron con alguien durante el año anterior, de los adolescentes que participaron del taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa.

SI		NO		TOTAL	
Nº	%	Nº	%	Nº	%
12	67	6	33	18	100

TABLA N°10: Conducta sexual y cuidado de los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Conducta sexual y cuidado de los adolescentes que participaron del taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa						<i>Uso de MAC en la primera relación sexual</i>					
<i>Mantuvo relaciones sexuales</i>											
SI		NO		TOTAL		SI		NO		TOTAL	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
4	22	14	78	18	100	3	75	1	25	4	100

TABLA N° 11: Motivo que induce a la primera relación sexual según los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Motivo que induce a la primera relación sexual según los adolescentes que participaron del taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa.	Total		Masculino		Femenino	
	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Curiosidad</i>	3	8	3	8	0	0
<i>Deseo</i>	11	31	9	25	2	6
<i>Amor</i>	9	25	7	19	2	6
<i>Miedo a perder a tu pareja</i>	6	17	4	11	2	6
<i>Porque tus amigos lo han hecho</i>	7	19	5	14	2	6
<i>Total</i>	36	100	28	78	8	22

TABLA N° 12: Donde buscar ayuda ante un embarazo o Enfermedad de Transmisión Sexual según los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Donde buscar ayuda ante un embarazo o ETS según los adolescentes que participaron del taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa.	N°	%
<i>Familia</i>	11	30
<i>Novio/a</i>	1	3
<i>Amigos/as</i>	2	6
<i>Centro de salud</i>	12	33
<i>Personal de la escuela de confianza</i>	1	3
<i>No contesta 1 opción</i>	9	25
<i>Total</i>	36	100

TABLA N° 13: Conocimiento sobre lo que incluye la sexualidad, según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Conocimiento sobre lo que incluye la sexualidad según los adolescentes encuestados	PRE TALLER								POST TALLER							
	SI		NO		NO SE		TOTAL		SI		NO		NO SE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Sexualidad es solo lo que tiene que ver con las relaciones sexuales</i>	7	39	5	28	6	33	18	100	3	17	14	78	1	5	18	100
<i>La relación sexual solo incluye el cuerpo de las personas</i>	7	39	7	39	4	22	18	100	4	22	11	61	3	17	18	100

TABLA N° 14: Conocimiento sobre la fecundación humana según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Conocimiento sobre la fecundación según los adolescentes encuestados	PRE TALLER								POST TALLER							
	SI		NO		NO SE		TOTAL		SI		NO		NO SE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Los espermatozoides viven solo 2 horas fuera del cuerpo</i>	4	22	4	22	10	56	18	100	3	17	13	72	2	11	18	100
<i>La fecundación del ovulo ocurre en el útero</i>	8	44	1	6	9	50	18	100	6	33	11	61	1	6	18	100

TABLA N° 15: Conocimiento de las posibles consecuencias de toda relación sexual según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Conocimiento de las consecuencias de las relaciones sexuales según los adolescentes encuestados	PRE TALLER								POST TALLER							
	SI		NO		NO SE		TOTAL		SI		NO		NO SE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>La primera vez que una chica tiene relaciones sexuales no puede quedarse embarazada porque es virgen.</i>	6	33	9	50	3	17	18	100	4	22	13	72	1	6	18	100
<i>Los adolescentes no se contagian de enfermedades de transmisión sexual porque tienen poca experiencia sexual.</i>	5	28	8	44	5	28	18	100	4	22	11	61	3	17	18	100

TABLA N° 16: Responsabilidad personal sobre las consecuencias de los actos según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Responsabilidad personal sobre los actos según los adolescentes encuestados	PRE TALLER								POST TALLER							
	SI		NO		NO SE		TOTAL		SI		NO		NO SE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Debo pensar en las consecuencias que tienen mis actos sobre los demás.</i>	14	77	1	6	3	17	18	100	18	100	0	0	0	0	18	100

TABLA N° 17: Conciencia de cuidado según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Conciencia de cuidado según los adolescentes encuestados	PRE TALLER								POST TALLER							
	SI		NO		NO SE		TOTAL		SI		NO		NO SE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Las relaciones sexuales tienen que ser espontáneas, planificarlas implica que se disfrutará menos</i>	1	6	9	50	8	44	18	100	1	6	9	50	8	44	18	100
<i>Si surgiera la posibilidad de tener una relación sexual de tipo casual pero no tengo un preservativo, igual vale la pena arriesgarse.</i>	3	17	12	66	3	17	18	100	1	6	17	94	0	0	18	100
<i>Cuando hay confianza entre dos personas ya no es necesario cuidarse en las relaciones sexuales.</i>	12	66	3	17	3	17	18	100	3	17	14	77	1	6	18	100

TABLA N° 18: Responsabilidad compartida según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Responsabilidad compartida según los adolescentes encuestados	PRE TALLER								POST TALLER							
	SI		NO		NO SE		TOTAL		SI		NO		NO SE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>En una relación sexual (ya sea con el novio/a o casual) es responsabilidad de ambos asumir los riesgos que esto implica</i>	10	55	3	17	5	28	18	100	15	83	0	0	3	17	18	100
<i>Si por "accidente" la chica queda embarazada, ella es la que tiene mayor responsabilidad y es la única que tiene que tomar decisiones.</i>	3	17	11	61	4	22	18	100	1	6	17	94	0	0	18	100

TABLA N° 19: Respeto e igualdad en las relaciones de pareja según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Respeto e igualdad en las relaciones de pareja según los adolescentes encuestados	PRE TALLER								POST TALLER							
	SI		NO		NO SE		TOTAL		SI		NO		NO SE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Cuando una mujer dice que no, quiere decir que sí</i>	2	11	4	22	12	67	18	100	0	0	8	44	10	56	18	100
<i>El hombre puede obligar y la mujer puede ser obligada a mantener relaciones sexuales.</i>	0	0	13	72	5	28	18	100	1	6	16	88	1	6	18	100
<i>Los varones que demuestran afecto a su pareja son "menos" hombres</i>	5	28	5	28	8	44	18	100	3	17	10	55	5	28	18	100
<i>Los varones son dueños de sus novias y por lo tanto las deben proteger</i>	10	55	3	17	5	28	18	100	7	39	5	28	6	33	18	100
<i>En una relación de pareja, ambos deben decidir que quieren hacer</i>	15	83	1	6	2	11	18	100	17	94	0	0	1	6	18	100

TABLA N° 20: Conocimiento de Métodos Anticonceptivos para evitar un embarazo según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Conocimiento de Métodos Anticonceptivos para evitar un embarazo según los adolescentes encuestados	PRE TALLER				POST TALLER			
	SI		TOTAL		SI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Preservativo</i>	10	28	36	100	18	50	36	100
<i>Pastillas anticonceptivas</i>	8	22	36	100	12	33	36	100
<i>DIU</i>	0	0	36	100	1	3	36	100
<i>Inyección anticonceptiva</i>	2	6	36	100	0	0	36	100
<i>Eyacular afuera</i>	1	3	36	100	0	0	36	100
<i>Abstinencia</i>	0	0	36	100	1	3	36	100
<i>Pastilla del día después</i>	1	3	36	100	0	0	36	100
<i>Tener relaciones inmediatamente después de la menstruación</i>	1	3	36	100	0	0	36	100
<i>No se</i>	5	14	36	100	0	0	36	100
<i>No contesta 1 opción</i>	8	22	36	100	4	11	36	100

TABLA N° 21: Conocimiento de los Métodos Anticonceptivos que protegen del contagio de enfermedades de transmisión sexual, según los adolescentes encuestados en el pre y post taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Conocimiento de los Métodos Anticonceptivos que protegen del contagio de enfermedades de transmisión sexual	PRE TALLER				POST TALLER			
	SI		TOTAL		SI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Preservativo</i>	9	25	36	100	17	47	36	100
<i>Pastillas anticonceptivas</i>	7	19	36	100	5	14	36	100
<i>DIU</i>	2	6	36	100	1	3	36	100
<i>Inyección anticonceptiva</i>	1	3	36	100	0	0	36	100
<i>Abstinencia</i>	0	0	36	100	5	14	36	100
<i>Eyacular afuera</i>	0	0	36	100	0	0	36	100
<i>No se</i>	5	14	36	100	0	0	36	100
<i>No contesta 1 opción</i>	12	33	36	100	8	22	36	100

TABLA N° 22: Comparación pre y post taller del nivel de información sobre educación sexual, de los adolescentes encuestados en el taller de educación sexual realizado en dos comedores comunitarios de Santa Rosa, diciembre_enero de 2011-2012. Santa Rosa. La Pampa. Argentina.

Comparación pre y post taller del nivel de información sobre educación sexual de los adolescentes encuestados	PRE TALLER				POST TALLER			
	Encuesta		TOTAL		Encuesta		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Inadecuado</i>	1	6	18	100	0	0	18	100
<i>Medianamente adecuado</i>	12	67	18	100	3	17	18	100
<i>Adecuado</i>	5	28	18	100	15	83	18	100

5. Como consideras que es tu rendimiento en la escuela
Muy Bueno Bueno Regular Malo
6. Tenés pensado como te gustaría que fuera tu vida (que estudiar, cuando formar una familia, de que trabajar"? SI NO
7. ¿En tu casa se habla de sexualidad? SI NO
8. ¿Quién te ha enseñado de sexualidad? Marca las 2 más importantes
 Tu mamá Tu papá Amigos/os Hermanos/as TV otros
 Profesores Tú solo Internet Revistas/libros Charlas
Nadie
9. Cuando consideras que es apropiado comenzar a tener relaciones sexuales? Marca la opción más importante.
 En el noviazgo Cuando esté realmente enamorado/a
 Cuando esté en condiciones de afrontar las consecuencias
 Cuando tenga el deseo A los..... años
 Al casarme o formar una pareja
10. Saliste regularmente con alguien durante este año? SI NO
11. Has tenido relaciones sexuales? SI NO
_Te cuidaste con algún método anticonceptivo en la primera relación sexual?
 SI NO
12. ¿Qué crees que motiva a las/os adolescentes a experimentar la Primera Relación Sexual?
Marca las 2 más importantes
 Curiosidad Deseo Amor Miedo de perder la pareja
 Porque todos los amigos, ya lo han hecho

Lee con mucha atención cada afirmación y después marca con una X la opción que mejor exprese tu opinión.

SI: estoy de **acuerdo** con la afirmación.

NO: estoy en **desacuerdo** con la afirmación.

NO SE: ni de **acuerdo**/ ni en **desacuerdo** con la afirmación.

	SI	NO	NO SE
1. Sexualidad es solo lo que tiene que ver con las relaciones sexuales			
2. En una relación sexual solo se involucra el cuerpo de las personas			
3. Los espermatozoides viven solo 2 horas fuera del cuerpo			
4. La fecundación del ovulo ocurre en el útero			
5. La primera vez que una chica tiene relaciones sexuales no puede quedarse embarazada porque es virgen.			
6. Los adolescentes no se contagian de enfermedades de transmisión sexual porque tienen poca experiencia sexual.			
7. Debo pensar en las consecuencias que tienen mis actos sobre los demás.			
8. Las relaciones sexuales tienen que ser espontáneas, planificarlas implica que se disfrutará menos.			
9. Si surgiera la posibilidad de tener una relación sexual de tipo casual pero no tengo un preservativo, igual vale la pena arriesgarse.			
10. Cuando hay confianza entre dos personas ya no es necesario cuidarse en las relaciones sexuales.			
11. En una relación sexual (ya sea con el novio/a o casual) es responsabilidad de ambos asumir los riesgos que esto implica			
12. Si por "accidente" la chica queda embarazada, ella es la que tiene mayor responsabilidad y es la única que tiene que tomar decisiones.			
13. Cuando una mujer dice que no, quiere decir que sí			
14. El hombre puede obligar y la mujer puede ser obligada a mantener relaciones sexuales.			
15. Los varones que demuestran afecto a su pareja son "menos" hombres.			
16. Los varones son dueños de sus novias y por lo tanto las deben proteger.			
17. En una relación de pareja, ambos deben decidir que quieren hacer.			

Lee con atención las siguientes preguntas, y luego marca las 2 opciones que consideres las más importantes.

18. ¿Cuál es el mejor método anticonceptivo para un adolescente que quiere evitar un embarazo no buscado?

- Preservativo Pastillas Anticonceptivas Dispositivo Intrauterino (DIU)
- Inyección Anticonceptiva Eyacular Fuera
- Abstinencia (no tener relaciones) Pastilla del día después
- Tener relaciones inmediatamente después de la menstruación
- No se

19. ¿Cuál es el mejor método anticonceptivo para evitar una enfermedad de transmisión sexual?

- Preservativo Pastillas Anticonceptivas Dispositivo Intrauterino DIU
- Inyección Anticonceptiva Abstinencia (no tener relaciones)
- Eyacular Fuera No se

20. ¿A qué institución y/o persona(s) te dirigirías en busca de ayuda, en caso de un embarazo no buscado o una enfermedad de transmisión sexual?

- La familia Novio/a Amigo/as Centro de salud
- Personal de la escuela de confianza

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION

Anexo 3: Nota presentada en Acción Social

Fecha....., Santa Rosa

Dirección de Acción Social

Sr/a.....

De mi mayor consideración:

Soy estudiante de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar Del Plata y resido en Santa Rosa. Me dirijo a Usted a fin de solicitarle su autorización para realizar un Taller de Educación Sexual con adolescentes de 13 y 14 años que concurren a los comedores comunitarios de los Barrios Villa Germinal y Zona Norte.

Dicho taller se llevará a cabo las últimas semanas de diciembre del corriente año, en el comedor de Villa Germinal y las primeras semanas de enero 2012 en el comedor de Zona Norte. Por medio de esta experiencia estaré cumpliendo con el trabajo final de investigación para optar el título de Licenciada en terapia ocupacional. El objetivo de este taller es poder mejorar el nivel de conocimiento sobre educación sexual que tienen los adolescentes y de esta manera contribuir a la toma de conciencia del cuidado de su propia salud.

Sin otro particular, agradezco la atención que preste a esta solicitud.

Saludo a Ud., muy atentamente.

Mónica Funes

monicafunes2010@yahoo.com.ar

Anexo 4: Nota presentada a los padres

Fecha....., Santa Rosa

Queridos padres:

Estoy realizando un trabajo de investigación para optar el título de Licenciada en Terapia Ocupacional. Por tal motivo del al de enero 2012, estaré realizando un Taller de educación Sexual con adolescentes de 13 y 14 años que asisten al comedor

El objetivo de este taller es poder mejorar el nivel de conocimiento sobre educación sexual que tienen los adolescentes y de esta manera ayudar a que tomen conciencia del cuidado de su propia salud.

Le agradezco que pueda autorizar a su hijo/a a participar de esta experiencia.

Mónica Funes

AUTORIZO A MI HIJO/A..... A
PARTICIPAR DEL TALLER DE EDUCACION SEXUAL.

FIRMA PADRE/MADRE O TUTOR

Anexo 5: Sistema de Citas Bibliográficas

NORMA APA

Las reglas establecidas por el **Manual de Estilo de la American Psychological Association (APA)**. Es la normativa a la que se ajustan la mayoría de las publicaciones científicas en el ámbito de las ciencias sociales. (<http://www.apa.org>).

El estilo **APA** requiere que el(la) autor(a) del trabajo documente su estudio a través del texto, identificando autor(a) y fecha de los recursos investigados. Este método de citar por autor(a)-fecha (apellido y fecha de publicación), permite al lector localizar la fuente de información en orden alfabético, en la lista de referencias al final del trabajo.

Elementos generales del estilo APA

La lista bibliográfica según el estilo **APA** guarda una relación exacta con las citas que aparecen en el texto del trabajo. Solamente incluye aquellos recursos que se utilizaron para llevar a cabo la investigación y preparación del trabajo.

Los siguientes elementos se aplican en la preparación de fichas bibliográficas:

- ◆ La lista tiene un orden alfabético por apellido del autor(a) y se incluye con las iniciales de sus nombres de pila.
- ◆ La lista se escribe a doble espacio.
- ◆ Debemos sangrar la primera línea de cada entrada en la lista a cinco espacios (utilice la función de **Tab** si usa un procesador de palabras).

- ◆ Se subraya los **títulos de revistas o de libros**; en el caso de revistas, el subrayado comprende desde el título de la revista hasta el número del volumen (subraye las comas antes y después del número del volumen).

- ◆ Se deja un solo espacio después de cada signo de puntuación.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 - TEL/FAX: 0223- 4752442.

Jurado:

- ✓ Lc Forcicé Cein Emma
- ✓ Lc Guena Febrele
- ✓ Lc Donati, Moricel

Fecha de Defensa: 3-7-12

Nota: 8 (ocho)