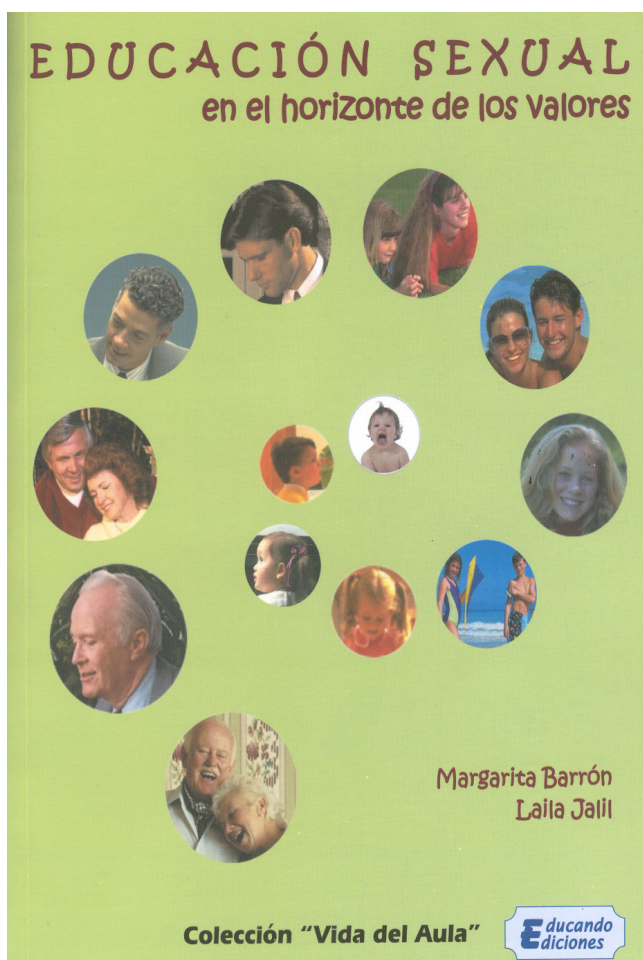


EDUCACIÓN SEXUAL

en el horizonte de los valores

Por
Margarita Barrón y Laila Jalil.



**Educando
Ediciones.**

Buenos Aires.

**Primera edición:
2003.**

**Segunda edición:
enero 2005.**

**Tercera edición:
octubre 2005.**

**Este material
es de uso
exclusivamente
didáctico .**

Índice

Introducción.....	9
Capítulo 1	
La Importancia de la palabra.....	15
Capítulo 2	
El campo axiológico.....	31
Capítulo 3	
Desarrollo y Sexualidad.....	43
Capítulo 4	
Lineamiento que orientan operativamente las intervenciones en Educación Sexual.....	65
Capítulo 5	
Modelos de trabajo interdisciplinarios en Educación Sexual.....	97
Capítulo 7	
A modo de cierre.....	149
Bibliografía.....	159

Capítulo 4

Lineamientos que orientan operativamente las intervenciones en Educación Sexual

ASESORANDO...

Pensamos que sería limitado un programa estándar de educación sexual. Si bien la familia es el primer ámbito de formación, en donde se gestan conocimientos, actitudes y conductas (ya sean esporádicas, espontáneas e incluso no verbal) que inciden fuertemente en la definición de la identidad de la persona, y su relación con los demás; la escuela, como ámbito de socialización de conocimientos y de encuentros interpersonales debe contribuir a este aprendizaje de actitudes.

Nuestros niños y adolescentes viven en una realidad erotizada, impregnada de sexo, sumergidos en situaciones e interrogantes, que unidos a su propio desarrollo evolutivo generan cuestiones conflictivas y presiones que pueden llegar a ser traumáticas y con huellas muy dolorosas para el futuro, si los dejamos abandonados a su suerte, si los dejamos huérfanos, ya sea como padres, o como orientadores...

La importancia de los grupos de pares, de igualo de distinto sexo es de gran importancia en el desarrollo afectivo y sexual. Esta cultura o subcultura de grupos ejerce una gran influencia en sus miembros. De la interacción entre estos grupos se establecen jerarquías, se indican roles sexuales, se marginan. Se responde a modelos diversos: de trivialidad y exitismo, o de respeto por uno mismo y cuidado del otro. La escuela debe ayudar a discriminar estos diferentes modelos y valores, cooperando con el deber primario de la familia, la escuela debe apoyar esta área de la formación: la educación de la sexualidad.

Este trabajo pretende ser un aporte importante en cuanto a orientaciones que padres y/o docentes deben adaptar a su "propio medio", y por esto mismo, lleno de limitaciones por los diversos condicionamientos, intereses e interacciones presentes en ellos.

Por este motivo no propiciamos un "**Programa Modelo de Educación Sexual**", sino solo algunos lineamientos acerca del accionar educativo de la sexualidad que permita aunar esfuerzos y superar limitaciones para un trabajo conjunto, pues el accionar educativo de la sexualidad no se agota ni en la familia ni en la escuela.

Teniendo como base las orientaciones dadas para las etapas de la primera infancia, el preescolar y el escolar, en este capítulo nos centramos en el trabajo con adolescentes, ya que en esta edad se expone en toda su magnitud la sexualidad, los logros y no logros de la educación sexual recibida o no en las etapas mencionadas.

Se han seleccionado cuatro temas:

- Actividad sexual
- Asesoramiento sobre relaciones sexuales y anticoncepción (MAC)
- Embarazo adolescente
- Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

En cada uno de ellos se desarrollan algunos aspectos teóricos y se presenta una propuesta de trabajo. A los efectos de comprender esta modalidad sugerimos releer en el cap. 1 "Aprender Haciendo".

1- Sexualidad ¿Información o educación?

La identidad sexual se conforma a partir de la socialización desde los 15 meses a los 5 años. Durante esta etapa de desarrollo psicosexual se hace la elección de preferencia de sexo de la futura pareja sexual. Sin embargo, la experimentación sexual con niños del mismo sexo puede ser común en el torbellino de la latencia y la pubertad. El camino hacia la elección de objeto de deseo sexual continúa y la mayor parte de los adolescentes define una única preferencia de sexo para sus parejas. Sin embargo un porcentaje pequeño mantiene la actividad bisexual de por vida.

Otro tema a abordar es el de la masturbación, presente en el 98% de los varones y en menor proporción en las mujeres. Van disminuyendo de frecuencia a medida que el adolescente puede abrirse al otro. Sin embargo hay formas de masturbación mutuas que continúan siendo frecuentes entre adolescentes gay y lesbianas aún habiendo superado la adolescencia.

En nuestro medio, los jóvenes se están iniciando en la actividad sexual cada vez a edades más tempranas. Sin embargo no todos los adolescentes son sexualmente activos y esto es muy importante de resaltar, ya que, muchas veces en nuestro intento de evitar conductas, situaciones y factores de riesgo omitimos hablar de lo importante que es posponer el inicio de relaciones sexuales hasta ser adultos.

Las conductas sexuales comienzan tempranamente con un mirarse a los ojos, tomarse las manos, rozarse las mejillas en el final de la infancia y pubertad y van "acercándose" progresivamente a medida que se incrementa su edad, a caricias leves y luego intensas y se mantiene un tiempo antes de iniciar el coito.

Observamos que el inicio de la actividad sexual es en parte una función de la oportunidad y la disponibilidad de una pareja. Cuando se pregunta a los adolescentes el porque de su inicio de relaciones sexuales, en general las mujeres siguen diciendo por amor (verdadero amor, se enamoraron, aman al novio) y por no ser dejadas de lado y los varones hablan de oportunidad, ganas, necesidad y curiosidad.

La actividad sexual durante la adolescencia media y tardía se considera, cada vez más, una pauta madurativa normal, una respuesta a impulsos biológicos, una transición en "la llegada a la edad", una conducta de búsqueda de experiencias y deseos de correr riesgos.

Dice Strasburger que "una relación sexual madura en la que la pareja puede distinguir entre la verdadera intimidad y la sexualidad genital, y puede practicar anticoncepción efectiva, se suele alcanzar hacia la adolescencia tardía (18 a 21 años de edad) y para algunos jóvenes aún puede ocurrir en etapas posteriores.

Se ofrecen diversas explicaciones y razonamientos para justificar las conductas sexuales de los jóvenes: sentirse "adulto", sentirse "independiente", seguir los impulsos, reforzar la autoestima, satisfacer la necesidad de amor e intimidad. Probablemente varios de estos factores inter jueguen en el momento de la toma de decisiones.

Otras veces las relaciones sexuales se tienen sin mediar una decisión madurada: bajo influencia del alcohol, las drogas, la presión de los pares, un ambiente promiscuo.

En nuestra experiencia, aquellos jóvenes que inician más precozmente sus relaciones sexuales tienen menor nivel de educación, menor autoestima, son más permeables a la presión de sus pares, tiene objetivos y proyectos de vida menos definidos, son más tolerantes a las opiniones diferentes, no se consideran religiosos, tienen un grupo de pares sexualmente activo, suelen consumir alcohol y drogas (tabaco-marihuana).

Asimismo las situaciones familiares influyen en el momento de inicio de las relaciones sexuales. Éste es más precoz en familias monoparentales, familias con jefe de familia mujer, hijos de madres que habían sido a su vez madres solteras, divorcios, familias recompuestas, etc. A menor nivel socio-económico-cultural, más temprano el comienzo de relaciones sexuales.

Dice Strasburger: *"La TV puede ser otro determinante de influencia en la toma de decisiones sexuales. Suele cumplir el rol de educador sexual cuando padres renuentes y programas de salud escolares inadecuados no brindan a los adolescentes la información que necesitan para tomar sus decisiones. 45% de los adolescentes considera que la TV retrata de manera realista las enfermedades de transmisión sexual, 41% el embarazo y las consecuencias del coito, 27% el uso de control de la natalidad y 24% los individuos haciendo el amor. Las telenovelas atrapan a un gran porcentaje de la audiencia femenina adolescente. En general*

representan las relaciones sexuales como impersonales, carentes de profundidad emocional y explotadoras. En esos programas las parejas no casadas tienen una probabilidad 8 veces mayor de mantener relaciones sexuales que las parejas casadas, y el 94% de todas las relaciones sexuales tienen lugar entre individuos que no están casados".

¿Puede la televisión influir directamente sobre la conducta?

Existen respuestas contradictorias, pero los adolescentes dicen que los medios de comunicación son la tercera influencia en sus actitudes y conductas después de los padres y los pares.

¿Cómo trabajar esta temática?

Nuestra propuesta se sustenta en tres premisas básicas:

- conocerse a sí mismo y conocer al otro
- aprender a cuidarse y cuidar al otro
- aprender a quererse y a querer al otro en libertad, con autonomía pero junto con otros...

Los aprendizajes que conlleva van de la mano del desarrollo personal en un momento histórico y una sociedad que sufre profundos cambios, incrementa la inequidad, y crea nuevas formas encubiertas de esclavitud. Por eso creemos firmemente en la necesidad de educar a nuestros niños y jóvenes desde la cultura del pensamiento (Perkins) para que puedan ser observadores críticos a la vez que sensibles, capaces de debatir y confrontar, de buscar nuevas alternativas y soluciones nuevas a nuevos problemas.

Para ello contamos con el trabajo entre pares a partir de la información ofrecida pero también procurada por ellos mismos o aún generada por los participantes a través de búsquedas en la web, entrevistas, lecturas, todo lo cual requiere un trabajo activo y voluntad de abrirse al otro, que puede tener opiniones fundadas diferentes, escucharlo, debatir con una actitud de apertura, garantizando así la comunicación efectiva y favoreciendo la participación de todos que nos enriquece.

Taller con adolescentes

- 1- Señalen tres situaciones, factores o elementos protectores en relación al bienestar de los adolescentes.
- 2- Señalen tres situaciones, factores o elementos que inciten a los jóvenes a iniciar sus relaciones sexuales
- 3- ¿Qué se les está ofreciendo a ustedes adolescentes desde la familia, la escuela, la sociedad, los medios de comunicación social y los equipos de salud?
 - como opción saludable
 - como incitadoras al riesgo
- 4- Teniendo en mente la problemática relacionada con las situaciones antes planteadas y repensando la relación con los vínculos escolares e interpersonales:
 - a) ¿Cómo influyen los cambios vitales de la adolescencia en la familia, la escuela y con los amigos?
 - b) ¿Qué clase de relación se da entre afecto, rendimiento intelectual, apariencia y autoestima?
 - c) ¿Cómo se maneja en la familia y en la escuela el equilibrio entre necesidad de protección, de autonomía y de respeto?
 - d) Identifiquen y analicen un programa de TV, una canción o una propaganda en que se muestran actitudes y valores protectores y otra en que se muestren actitudes o valores desfavorables.

2- Asesorando adolescentes sobre relaciones sexuales. Anticoncepción

Un tema fundamental a discutir con los adolescentes es el relativo a la importancia del estar sano. Para ello es importante que analicen y conozcan las características de crecimiento y desarrollo normal, lo que implica una alimentación adecuada en esta edad, buen desarrollo emocional, relación familiar y social, adecuado uso del tiempo libre, la educación, el proyecto de vida, los valores, las expectativas, las relaciones equitativas entre varones y mujeres para la toma de decisiones, el inicio de las experiencias sexuales, la orientación y educación sexual, el uso de anticoncepción y prevención de patología ginecológica y ETS, abuso sexual y embarazos no deseados.

Muchos adolescentes no han iniciado sus relaciones sexuales, lo cual es importante tener en cuenta ya que uno de los objetivos a trabajar es **posponer el inicio de las relaciones sexuales**. Para estos chicos es imprescindible que en el trabajo en grupo se valore y refuerce la abstinencia, orientando y ofreciendo información para lograr una mayor seguridad en sí mismos. Deben saber que no son los únicos que hay muchos/as adolescentes que aún no se ha iniciado en las relaciones sexuales.

Otros adolescentes realizan actividad sexual no coital consistente en tomarse de la mano, besarse, abrazarse, acariciar genitales a través de la ropa, caricias sin la ropa. En estos casos debemos considerar que existe riesgo moderado el que se ve incrementado con el consumo de alcohol y drogas que dificulta al adolescente la toma de decisiones adecuadas. En estos casos es muy recomendable reforzar la abstinencia, orientar y ofrecer información para lograr una mayor seguridad en sí mismos y hacerlos menos susceptibles a las presiones del grupo, orientar sobre la decisión o no de iniciar relaciones sexuales, cómo lo perciben, lo que significa sexo sin riesgos y cómo disminuir los mismos. Si ya han iniciado la actividad sexual, considerar especialmente: edad de los adolescentes, como se conocieron, la relación con la familia, si saben los padres que tienen relaciones sexuales, apoyo de la pareja, creencias religiosas, actitud frente a los métodos anticonceptivos y frecuencia de las relaciones sexuales, si han tenido otras parejas sexuales antes, si han usado antes algún método anticonceptivo, cuál, es la postura de ambos respecto de cada método anticonceptivo, infecciones genitales y de transmisión sexual, embarazos anteriores, abortos.

Otros datos valiosos son: consumo de tabaco, drogas, alcohol; enfermedades previas: depresión, trastornos de la alimentación: obesidad, anorexia, enfermedades crónicas; uso del tiempo libre, actividades físicas o deportivas.

¿Cuál es el mejor método anticonceptivo?

No hay ningún método ideal. Es necesario previamente realizar un examen médico. También hay que tomar en consideración la frecuencia de las relaciones, el número de parejas sexuales, la historia de infecciones genitales y la capacidad para el uso constante del método. Es muy importante que el varón participe y comparta la responsabilidad de elección y el uso de métodos anticonceptivos.

Un método anticonceptivo debe ser:

- EFICAZ
- INOCUO
- REVERSIBLE
- TOLERADO
- ACEPTADO
- ACCESIBLE ,

¿Qué queremos decir con esto?

- Un método es eficaz cuando puede impedir efectivamente un embarazo. La eficacia se mide por el índice de Pearl (**IP**)
-eficaz $IP < 10$

- medianamente eficaz** IP 10-20
- poco eficaz** IP 20-30
- ineficaz** IP >30

- Un método es inocuo cuando carece de efectos deletéreos para la salud.
- Un método es reversible cuando al ser discontinuado, se recupera la fertilidad
- Un método es tolerado cuando no presenta efectos colaterales
- Un método es aceptado cuando no va contra las creencias y sensibilidad de quien lo utiliza, es simple y cómodo en su uso.
- Un método es **accesible** cuando no es costoso y puede obtenerse sin dificultad

Métodos elegibles para adolescentes

Naturales:

- Oggino Knaus (ritmo periódico)
- Térmico
- Billings (ciclo del moco cervical)
- Sintotérmico

Coitus interruptus (retiro anticipado)

Mecánicos de barrera: adicional mente previenen ETS

- Preservativo/condón masculino y femenino
- Diafragma vaginal
- Esponja vaginal
 - Químicos: (espermaticidas)
 - Óvulos
 - Jaleas
 - Cremas

Mecánico no de barrera. DIU. No se recomienda en adolescentes nulíparas por los riesgos de infección e infertilidad

Hormonales:

- Orales:
 - Monofásicos
 - Trifásicos
 - Dosis única mensual
 - Minipíldora
 - Anticoncepción de emergencia
- Inyectables
- Implantes

Los métodos naturales

- Se basan en el conocimiento de la fisiología del ciclo menstrual.
- No protegen contra las ETS
- Son absolutamente inocuos y carentes de efectos secundarios.
- Requieren de entrenamiento para el reconocimiento de los cambios orgánicos que ofician como señales de ovulación.
- Requieren responsabilidad compartida por ambos miembros de la pareja y alta motivación
- Requieren ciclos regulares
- Aprobados por grupos religiosos

Oggino-Knauss

Se calcula el inicio del periodo fértil restando 18 días a sus 12 ciclos anteriores más cortos y el final sustrayendo 11 días al ciclo más largo. Esto da un tiempo de unos 10 días aproximadamente situados alrededor de la fecha de ovulación, en el cual se debe observar la abstinencia. IP 14,4 a 38,9, de acuerdo a la responsabilidad y el grado de entrenamiento.

Térmico

Se toma la temperatura rectal basal (antes de realizar cualquier actividad) diariamente desde el inicio del ciclo. Debe haber abstinencia sexual desde que se eleva la temperatura hasta los 3 días posteriores del mismo. IP 1,4 a 6,1

Billings

El moco cervical se va modificando a lo largo del ciclo de acuerdo al influjo hormonal. Se presenta un período seco, un período húmedo y un período muy húmedo. El moco claro, como clara de huevo señala el período ovulatorio. La abstinencia debe comenzar el día que aparece el moco y continuar por cuatro días después del síntoma máximo. IP 15 a 30. Actualmente hay kits comerciales que analizan los cambios en la cristalización del moco que ayudan a este método. (PG53 y Ovutest) mejorando el IP

Sintotérmico

Combinación de los métodos anteriores.

Coitus Interruptus

También llamado método del retiro voluntario o anticipado, consiste en el retiro del pene de la vagina antes de la eyaculación.

Requiere un alto control de las sensaciones, alta motivación a pesar de que puede resultar frustrante. Además puede haber emisiones de esperma previas a la eyaculación que provoquen embarazo. No protege contra ETS. No es un método recomendable para adolescentes,

Métodos mecánicos de barrera

Preservativo.

Es el método de elección. Seguro, reversible, eficaz tanto para prevenir el embarazo como para evitar ETS incluido el HIV-SIDA. De bajo costo, accesible, posibilita la protección aún en relaciones sexuales no programadas. Implica un papel activo del varón en la anticoncepción.

Existe gran variedad en calidad y tipos (secos o lubricados con siliconas o espermicidas, lisos y rugosos, de colores, rectos o moldeados, sencillos o terminados en receptáculos). No guardarlos en los bolsillos de los pantalones ya que el calor afecta el látex.

Los adolescentes deben ser instruidos en su uso correcto. El preservativo -nuevo- debe ser colocado al iniciar la relación con el pene erecto, dejando un espacio en el extremo para contener el semen eyaculado sin que estalle el preservativo. Si se necesita mayor lubricación, usar jaleas espermaticidas y no vaselina que desnaturaliza el látex. Después de la eyaculación y aún con el pene erecto se debe retirar de la vagina sosteniendo el preservativo para evitar que se derrame. Desecharlo.

IP 5 a 20 de acuerdo al grado de observancia de las indicaciones.

Algunos hombres señalan menor sensibilidad pero a esto se contrapone una erección más prolongada. Algunas parejas se quejan de que quita espontaneidad al acto sexual.

El **preservativo femenino** (Femi) es de más alto costo, está menos difundido.

Diafragma Vaginal

Son copas de caucho delgado, firmes pero flexibles que cubren el cuello del útero. Vienen en diferentes tamaños y requiere una consulta médica para su indicación y selección del tamaño apropiado y otra consulta para aprender a colocarlo y retirarlo adecuadamente. Es de alto costo pero de larga duración (2 años) Debe ser usado con espermaticidas para aumentar su efectividad y hacer la colocación más fácil.

Como requiere manipulación de genitales, muchas adolescentes no lo aceptan. Debe ser colocado merlos de dos horas antes de la relación sexual y dejarse colocado por lo menos seis horas. Requiere un lugar de privacidad e higiene. IP 4-10.

Esponjas vaginales

Son de poliuretano impregnado en un espermaticida. Se colocan bien al fondo de vagina minutos antes del coito y ofrecen protección por 24 hs. Son desechables, costosas. Su capacidad para prevenir ETS es baja. IP 5-25

Espermaticidas

Son óvulos, jaleas o cremas que contienen sustancias surfactantes que dañan la membrana del espermatozoide. Constituyen una barrera física y química contra los espermatozoides. Tienen una acción de prevención de ETS limitada.

El entrenamiento para su uso es sencillo. Deben ser colocados antes del coito profundamente en vagina por lo menos 20 a 30 minutos antes y no hacer lavajes hasta 6 hs. después.

No producen efectos secundarios salvo irritaciones o alergias. IP11-20

Métodos mecánicos no de barrera: DIU

El DIU es un adminículo de material plástico inerte, de diferentes formas y tamaños que puede ir acompañado de cobre o progestágenos. Se inserta dentro de la cavidad uterina y tiene un hilo que a través de cuello se aloja en la vagina para permitir su extracción en el momento indicado.

Los DIU inertes están prácticamente en desuso. La ventaja de los bioactivos reside en su menor tamaño que reduce sensiblemente los efectos indeseables y las complicaciones. Los de cobre: menor expulsión, dolor y traslocación. Los de progestágeno además producen menor sangrado y menor incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

No debe ser usado en adolescentes ya que puede comprometer la fertilidad posterior. Favorece la ascensión de infecciones y las ETS. Exige su colocación por parte de un profesional adiestrado. Previa evaluación de la usuaria para indicar su colocación, teniendo en cuenta el estado de la paciente las contraindicaciones y los riesgos. IP 0,9 a 3,7. Se consideró en un principio que eran abortivos pero la información posterior señala que los DIU inertes actúan produciendo un mecanismo inflamatorio en endometrio. Los DIU con cobre actúan sobre la migración y motilidad de los espermatozoides. Los DIU con Progesterona modifican las cualidades del moco y el metabolismo del espermatozoide.

Métodos hormonales

Se basan en la administración de estrógenos sintéticos en combinación con progestágenos o progestágenos solos, por vía oral, inyectable o intracorporal.

Inhiben la ovulación por supresión de pico de LH, alteraciones de la motilidad del epitelio tubárico y disociación del endometrio generando un moco hostil, lo que en conjunto disminuye la capacitación espermática. IP 0-1,2.

No protegen de la ETS. Requiere una conducta ordenada y alta motivación para seguir las indicaciones en forma adecuada.

Elevan el riesgo cardiovascular sobre todo en fumadoras. Las mujeres con diabetes, várices, hipertensión arterial, colesterol elevado, epilepsia, glaucoma, depresión o anemia falciforme no deben utilizarlos. Está contraindicado en neoplasias genitomamarias, insuficiencia hepática, cirrosis, tumores hepáticos, antecedentes de tromboembolismo.

Métodos anticonceptivos

Método	Ventaja	Desventaja	Riesgos	Efectos 2rios	Otros Beneficios	
H O R M O N A L E S	Píldora Estr./Prog combinado	Si se toman bien muy efectivos y siempre está protegida. No interfieren la relación sexual	Costo, accesibilidad y temor a los efectos de las hormonas.	Complicacio- nes cardiovascu- lares y encefálicas, hipertensión arterial, trombo embolias (+ tabaco)	Aumento de peso, cefaleas, trastornos menstruales, tensión mamaria, cambios de humor, sequedad ocular, nauseas, mareos	Protegen contra Enfermedad Pélvica, cáncer de ovario y endometrio, quistes ováricos. Mejoran el dolor menstrual; disminuyen el sangrado menstrual, los quistes benignos de mama, y mejoran el acné
	Progest /Estr. Una vez al mes				Sangrados irregulares	
	Píldora Progestágen o solo	Los progestágenos solos pueden usarse en algunas diabéticas, enfermedad fibroquística y en la lactancia			Amenorrea con progestá- genos inyectables e implantes	
	Progestágen o Inyectables 150mg I/M Implantes	Facilitan el uso Cada 3 meses Duran 5 años, requieren ser extirpados.	No garantizan continuidad de uso del método.	Los inyectables no presentan riesgos reconocidos Infección en el lugar del implante		
	Píldora del dia Después					

Método		Ventaja	Desventaja	Riesgos	Efectos Secundarios	Otros Beneficios
BARRERA	Preservativo/condón masculino	Fácil de adquirir, económico, fácil de usar y efectivo bien usado	Falta de espontaneidad; disminución de la sensibilidad	Ningún riesgo conocido	Alergia, irritación	Protege de las ETS, incluido el VIH y retrasa eyaculación precoz
	Preservativo femenino		Requiere apoyo de la pareja	Costoso, difícil de usar, poco atractivo	Alergia, irritación	Protege de las ETS, incluido el VIH
MECÁNICO	Espemicidas	Accesibles, económicos, privacidad.	Usar con otro método (preservativo) para aumentar eficacia	Mínimo	Alergia, irritación	
	Diafragma, Copa cervical, Esponja	Efectivo	Requiere colocación médica, difícil de usar, Más caro	Infecciones vaginales, shock tóxico	Irritación mecánica e infecciosa; molestias cuando mal colocado	Se usa con espermicidas. Alguna protección contra ETS, aunque menos que preservativo o condón
OTROS MÉTODOS	Ritmo Billings	Necesitan explicación detallada y tener ciclos muy regulares	Requiere mucha motivación y control, alto riesgo de fracaso	Ninguno	Ninguno NO protegen contra las ETS	Religiosos-morales
	Coito interrumpido	Necesita explicación detallada y mucho control	Alto riesgo de fracaso; eyaculación prematura; placer limitado	Ninguno	Ninguno NO protegen contra las ETS	Ninguno conocido
	Amenorrea de la lactancia	Pecho exclusivo a demanda, sin dar al niño suplementos alimentarios	Temporal, Atento a agregar otro método	Ninguno	Ninguno NO protege contra las ETS	Provee excelente nutrición a los niños menores de 6 meses

Taller

¿Cómo se diferencian sexualidad de genitalidad? ¿Qué es hacerse hombre o hacerse mujer?

¿Qué lugar ocupan las relaciones sexuales en el "ser hombre" o "ser mujer"?

¿Porqué se inician las relaciones sexuales?

¿Qué factores influyen en el inicio de las relaciones sexuales? Al iniciar las relaciones sexuales

¿Cómo entran a jugar: -la autoestima?

-Los conceptos de autocuidado y cuidado del otro?

-La necesidad de protección versus la autonomía?

¿Cuándo una adolescente corre riesgo de quedar embarazada? ¿Recordamos el ciclo menstrual? Ejercitaciones.

Métodos anticonceptivos (MAC):

¿Qué son? ¿Cuáles conocen? ¿Cómo se elige un MAC? ¿Cuál es su correcta utilización?

¿Cuáles son sus indicaciones y contraindicaciones? ¿Todas las parejas pueden usar el mismo tipo de MAC?

Discutir la situación actual en base a recortes de periódicos, revistas, informes, etc.

3- Embarazo en adolescentes

El embarazo durante esta etapa se asocia con riesgos médicos y psico-sociales tanto para la madre como para el niño. Estos riesgos no están sólo relacionados con la inmadurez fisiológica y psico-social de la madre, sino también con características sociodemográficas como pobreza, escaso nivel educativo, madres solas, inadecuado acceso a los servicios de salud para control del embarazo.

El riesgo biológico intrínseco está presente en las niñas que conciben antes de los 15 años, en las que suele presentarse más frecuentemente anemia e hipertensión. Sin embargo es de hacer notar que la anemia tiene una correlación directa de mayor importancia con la pobreza y la hipertensión arterial con el número de embarazos (paridad). Los hijos de madres adolescentes suelen ser prematuros (alrededor de 37 semanas de gestación) y de bajo peso. Según McAnarney, *"Los bebés nacidos de madres menores de 16 años tienen el doble de probabilidades de tener bajo peso que los hijos de madres de mayor edad y triplican el riesgo de morir en el primer mes de vida, existe mayor riesgo en estos embarazos de que la madre consuma tabaco, alcohol o drogas y que las madres puedan contraer enfermedades de transmisión sexual sobre todo por clamidias, a esto se agrega que las adolescentes embarazadas son más proclives que las adultas a presentar estrés emocional, consumir dietas de mala calidad y recibir atención prenatal inadecuada y tardía"*.

Las consecuencias psicosociales a largo plazo de la maternidad en la adolescencia muestran que ésta afecta en forma profunda y adversa las posibilidades educativas, vocacionales y de pareja de muchas jóvenes, en forma más intensa cuanto menor la edad en que se produjo el embarazo. Sin embargo, en nuestro medio se observa que el abandono de la escolarización es previo al embarazo. El fracaso escolar y el abandono de la escuela pueden ser considerados factores que influyen negativamente y favorecen que una adolescente se embarace. Esto se aplica también para los adolescentes que se convierten en padres.

Muchas adolescentes carecen de apoyo por parte de sus familias de origen o de la pareja en el embarazo. Esta situación representa una sobrecarga emocional, psicosocial y física y requiere del apoyo especializado de sus docentes y del equipo de salud. (Contención)

Asimismo, muchas adolescentes reciben pocos cuidados prenatales o atención prenatal más tardía que las adultas, vinculado a que retrasan el diagnóstico del embarazo, lo ocultan. Sin embargo, las adolescentes captadas precozmente y que reciben cuidados prenatales de acuerdo a sus necesidades no tienen mayor riesgo que las adultas de igual medio sociocultural y económico e iguales factores de riesgo. Sólo las menores de 15 presentan mayor morbilidad y mortalidad.

En el control prenatal se recaban datos sobre: antecedentes personales y familiares, educación, estado civil, socioeconómico, factores emocionales, abuso sexual, uso de tabaco, alcohol, drogas, vacunación previa (antitetánica), consumo de alimentos, actividad escolar o laboral. Se detectan riesgos de diversa índole: obstétricos y/o médicos, psicológicos, sociales, económicos, legales. Pero la acción más importante a realizar es de tipo educativo, abordando sistemáticamente temas referidos al parto y la importancia de la lactancia materna prolongada, lo que implica ser madre o padre, las necesidades del bebé según crece, la opción de una eventual entrega del bebé en adopción y brindar información sobre anticoncepción para evitar futuros embarazos.

No sólo interesa la atención médica-obstétrica que recibe sino también la valoración del estado nutricional y la necesidad de suplementar su alimentación, el apoyo de los servicios social y legal (abandono, prostitución, disfunción familiar, abuso sexual y físico) y de salud mental.

Otro elemento importante son los estudios de laboratorio que permiten detectar condiciones como anemia, hipertensión, diabetes, infecciones y ETS que pueden ser adecuadamente tratadas

en el primer trimestre y que perdida esa oportunidad pueden generar en el feto malformaciones o enfermedades secuelizantes.

La OPS considera como Indicadores de riesgo de complicaciones en el embarazo de adolescentes las siguientes:

- Edad menor de 15 años y/o con menos de un año desde la primera menstruación (menarquia).
- Desconocimiento de la fecha de su última menstruación (indicador de déficit en acciones de autocuidado).
- Bajo nivel de instrucción o analfabetismo.
- Pobreza (necesidades básicas insatisfechas).
- Embarazo no deseado o negado.
- Ausencia de compañero o sin amparo familiar.
- Padres separados o ausentes.
- Tentativa o intención de aborto.
- Abuso sexual o violación.
- Decisión de ofrecer al recién nacido en adopción
- Internación psiquiátrica, inestabilidad emocional excesiva o tentativa de suicidio.
- Trabajo pesado.
- Consumo de tabaco, alcohol o drogas.
- Nutrición inadecuada.
- Dificultad de acceso a los servicios de salud.
- Acceso tardío al control prenatal.
- Intercurrencias clínico-obstétricas.
- Adolescente VIH positivo.
- Adolescente desnutrida, o que no aumentó de peso durante dos consultas.
- Antecedentes de feto muerto/malformado, aborto/s, parto prematuro.

Acciones educativas

En los **talleres** sobre esta temática es importante que concurren **ambos miembros de la pareja**. Muchas veces ante el embarazo de la joven olvidamos a su compañero, su responsabilidad, sus temores, su angustia: no siempre “se borra”. Esto a veces contribuye a generar una toma de **conciencia de la responsabilidad que la paternidad/maternidad implica**. La OPS recomienda incluir en los primeros talleres temas como:

- analizar los estereotipos de género masculino y femenino y relaciones de equidad entre varones y mujeres.
- reconocer que el embarazo puede ser una posibilidad concreta ante una conducta sexual activa no protegida.
- Analizar que implica un embarazo en sus vidas, sus opciones y sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo
- Importancia de la consulta médica para la selección del método anticonceptivo más apropiados para cada pareja y descartar patología entre ellas las enfermedades de transmisión sexual

Si los Talleres se realizan con **adolescentes que consultan por posible embarazo**, es importante que éstos se realicen antes la prueba de embarazo.

En estos casos es conveniente organizar reuniones en las que se trabaje:

- el embarazo y su cuidado,
- la comunicación del embarazo a la familia (quien, a quien, donde, como, cuando, si necesita ayuda),
- la importancia del control prenatal
- alternativas ante un probable embarazo,

- prevención de depresión y suicidio, (donde buscar ayuda, a quien recurrir)
- métodos anticonceptivos para la prevención del siguiente embarazo
- aspectos de género relativos a la maternidad/ paternidad,

Talleres durante el embarazo

Estos talleres tienen por objetivo informar, contener, conformar grupos de adolescentes embarazadas que se constituyan en red de apoyo.

Las temáticas que se trabajan incluyen:

- importancia del control y evolución del embarazo para la detección de factores de riesgo, detección y tratamiento precoz de patologías obstétricas y/o médicas
- educación sobre el embarazo, parto, lactancia,
- maternidad/ paternidad adolescente, tomar conciencia para la toma de decisiones sobre el futuro del hijo, capacidades personales, no sólo reproductivas, sino creativas y productivas, reinserción en el sistema educativo o laboral,
- prevención de futuros embarazos no deseados a la madre y su pareja.
- Importancia de la formación de grupos de adolescentes embarazadas

"Está demostrado que una de las acciones que mejor relación costo-beneficio tiene en esta área es el desarrollo de grupos de aprendizaje para la paternidad/maternidad junto con educación individual sobre el rol de padres, habilidades en la comunicación, afectividad, anticoncepción, empoderamiento para toma de decisiones, promoción del desarrollo integral del niño. Asimismo, se debe trabajar para preparar la reinserción en la escuela/trabajo. Incluir a la pareja en la consulta, dialogando sobre sus miedos sobre la paternidad."

Talleres y Actividades para el parto y post-parto según recomendaciones OPS

- Asegurar atención por equipo con sensibilidad y experiencia en adolescentes.
- Apoyo emocional durante el trabajo de parto y post-parto. Respeto de su privacidad y pudor. Necesidad de estar acompañada por pareja o familiar.
- Atención del parto normal o patológico semejante a las adultas.
- Educación individual post-parto inmediato sobre cuidados personales, lactancia, paternidad/maternidad, relaciones de equidad entre varones y mujeres, promoción del desarrollo integral del recién nacido.
- Evaluar aspectos legales y sociales (inicio del proceso de adopción si así se decide, paternidad/maternidad adolescente, derechos del recién nacido y sus padres).
- Primer control a los 15 días del parto.
- Control y seguimiento de la madre y del niño, de la pareja y de la familia hasta el año del parto.
- Anticoncepción.
- Estímulo para completar educación.
- Reinserción al medio familiar, social y laboral. Relación con las abuelas.
- Control de la patología ginecológica.

Talleres y Actividades para acompañar la paternidad/maternidad

- Reuniones en grupos de aprendizaje (mensuales) con padres, madres y eventualmente abuelas. Pueden incluirse en el grupo de preparación a la paternidad/maternidad.
- Facilitar contención y ayuda.
- Promover crecimiento y desarrollo integral del hijo y su madre.
- Reflexionar sobre identidad adolescente y roles reproductivo, creativo y productivo entre pares.
- Relaciones equitativas entre varones y mujeres.
- Relaciones con abuelas.

- Empoderamiento para la toma de decisiones y autoestima.
- Derechos del hijo y sus padres

4- Enfermedades de transmisión sexual.

Los profundos y rápidos cambios de costumbres que están ocurriendo en la aldea global de fin del siglo XX, se ven claramente expuestos en relación a la conducta sexual de los jóvenes. El inicio de la actividad sexual a edades cada vez más tempranas, el aumento en el número de parejas sexuales, el frecuente cambio de pareja, han favorecido el aumento de infecciones que en conjunto llamamos Enfermedades de Transmisión Sexual (*ETS). La pandemia de SIDA se convierte así en un desafío para los educadores y el personal de salud.

La falta de tratamientos curativos ha puesto en el centro del escenario la necesidad de lograr cambios sociales y conductuales a través de campañas de salud estratégicamente diseñadas. (Maibach et al., 1993; Edgar et al. 1992; Freimuth et al., 1990; OMS 1988).

Sin embargo, no es sólo la presencia del SIDA la que hace necesaria una rápida y persistente acción educativa, ya que otras infecciones igualmente preocupantes y graves como el Papiloma virus, el Papova virus, la Chlamidia trachomatis, la gonorrea y la sífilis incrementan en forma alarmante el número de enfermos.

La posibilidad de informar a los jóvenes de la existencia de estas patologías, su forma de contagio, las conductas de riesgo que facilitan su aparición junto con la posibilidad de trabajar sobre las actitudes, la toma de decisiones, el fortalecimiento de la autoestima y autovaloración, el reconocimiento de todos aquellos condicionantes que obran en el medio, tales como los medios de comunicación social y la presión del grupo de pares, permitirán al joven afrontar su vida a través de decisiones que preserven su salud y favorezcan actitudes de autocuidado.

"Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual"

Esquema de clase:

- ¿Qué es una ETS? ¿Como has llegado a esa definición? ¿Alguien tiene otra idea?
- ¿Qué ETS conocen?
- ¿Cuáles son los síntomas iniciales?
- Descripción de SIDA. Sífilis, Gonococcia, Herpes genital. Vulvovaginitis y uretritis inespecíficas.
- ¿Qué consecuencias puede tener una ETS para una persona?
- ¿Qué podemos hacer para evitarlas?
- ¿Con qué dificultades nos encontramos cuando queremos evitarlas?
- ¿Como se presentan esas dificultades?
- ¿Que cosas condicionan nuestras decisiones al respecto?
- ¿A qué se deben las dificultades?
- ¿Cómo podemos superar las dificultades que se non presentan?

Importancia del trabajo sobre consecuencias, alternativas, factores condicionantes, temores, irracionalidad en la toma de decisiones, consecuencias y estrategias superadoras como forma de trabajo racional en prevención de conductas de riesgo.

(En el próximo capítulo se encuentra aplicada esta actividad)

¿Qué puede causar ETS?

Bacterias: Sífilis, Gonorrea, Chlamidia, Mycoplasma, Gardnerella, Chancroide (Haemophilus ducreyii)

Virus: HIV, Herpes, Papiloma, Hepatitis B, C, D.

Hongos: Cándida Albicans

Parásitos Trichomonas vaginalis, Ptirus pubis, Sarcoptes Scabiei

¿Cómo se manifiestan?

Síntomas Generales: Artritis, dolores musculares, fiebre, decaimiento, conjuntivitis. Inflamación de ganglios linfáticos locales. Lesiones exudativas, proliferativas (pápulas), lesiones ulcerativas-vesiculares.

En el hombre:

- Epididimitis (inflamación del epidídimo)
- Uretritis (inflamación de la uretra)
- Proctitis (inflamación del ano)
- Esterilidad

En la mujer:

- Uretritis,
- Cistitis (inflamación de la vejiga)
- Vulvovaginitis (inflamación de vulva y vagina)
- Salpingitis (inflamación Trompas de Falopio)
- Enfermedad Inflamatoria Pélvica
- Esterilidad
- Potencial Oncógeno (cáncer)
- Infección transplacentaria al bebé
- Infección en el canal del parto del bebé

Laboratorio para identificar al agente casual y tratar adecuadamente el cuadro

- **Gonococcia:** es más fácil de reconocer en el hombre, el cual presenta trastornos urinarios por la uretritis. En la mujer produce cervicitis, con secreción mucopurulenta. A veces se presenta con angina, conjuntivitis y artralgias.

El tratamiento se basa en la administración de antibióticos en pareja.

- **Gardnerella vaginalis:** el principal síntoma es el flujo vaginal grisáceo, maloliente (por la asociación con otras bacterias).

El hombre por lo general no presenta síntomas, pero no es raro encontrar este microorganismo en uretra y en el semen. Por eso el tratamiento debe hacerse a la pareja.

- **Sífilis:** Es una ETS que no ha perdido su vigencia a pesar de que es la más antigua. Lo primero que aparece es el llamado Chancro sifilítico, es una úlcera que cura en aproximadamente 4 semanas y sin tratamiento. Esta es la Sífilis primaria.

Luego aparecen lesiones papulosas en zona ano-genital, altamente contagiosas, máculas rosadas en las palmas de las manos y las plantas de los pies, falta de pelo en barba, cuero cabelludo y cejas. Es la llamada Sífilis secundaria.

Si el sujeto no ha recibido tratamiento, pasa a la Sífilis latente y de esta a la Sífilis terciaria: se manifiesta con gomas o granulomas que afectan el aparato cardiovascular (aneurisma de aorta) y del sistema nervioso central, piel y huesos.

El tratamiento se realiza con antibióticos.

- **Herpes:** las lesiones típicas son unas ampollas que luego se rompen dando lugar a las úlceras muy dolorosas que a veces se infecta. En este momento hay dificultad para orinar e imposibilidad para tener relaciones sexuales.

La droga de elección para el tratamiento es un antiviral. Es una enfermedad con frecuentes recidivas.

- **HPV (papiloma virus humano):** cada vez es más frecuente este tipo de infección. Generalmente se asocia con otras infecciones. Las lesiones tienen aspecto verrugoso y pueden localizarse en vulva o cuello de útero.

Es muy importante que la mujer, una vez iniciada su actividad sexual se realice un control de Colposcopia y Papanicolaou, así se podrán diagnosticar patologías como ésta que por su localización (cuello de útero) pueden pasar inadvertidas. Esta es una de las infecciones que pueden determinar la aparición del cáncer genital.

El tratamiento varía según donde asiente la lesión, desde topicaciones hasta Criocirugía, Electrocoagulación o Láser.

Es decir, algunas Enfermedades de Transmisión Sexual son relativamente benignas y fáciles de tratar, pero otras ponen en riesgo la vida de quien la padece.

Informar, educar sobre esta problemática, en especial a los más jóvenes, para que tomen todas las medidas de prevención posibles, y disminuir la incidencia de las ETS.

Por otra parte aclaramos que por ser el SIDA la ETS que ocupa el centro de interés de todos los medios publicitarios y campañas de salud, no se trabajó en particular, sino que la incluimos en el Taller, como a continuación se observa, para medir la efectividad y el nivel de información en estos tipos de abordaje.

Taller

- ¿Qué es una ETS? ¿Cuáles conocen?
- Mencionen 3 factores que protejan a un/una joven de contagiarse de una ETS.
- Mencionen 3 factores que favorezcan una ETS.
- ¿Qué es una pareja estable?
- ¿Qué entienden por tener relaciones sexuales con alguien conocido?
- Mencionen síntomas que correspondan a una ETS
- Si pensarán que pueden tener una ETS ¿con quien lo conversarían?
- Si le confirman que tiene una ETS, ¿se lo comunicaría a su/s parejas?
- Buscar información de diversas fuentes para conocer el estado actual del problema en el medio.
- Video sobre SIDA. Según su conocimiento:
 - a) Qué es el SIDA?
 - b) Cómo se contagia?
 - c) Cuáles son las medidas de prevención?

Juegos

Si consideramos que la sexualidad es un aspecto vital de nuestro desarrollo ofrecer educación sexual "positiva" que enfatice sus riquezas y no sólo señale aspectos negativos como embarazos en adolescentes muy jóvenes o enfermedades de transmisión sexual, se convierte en un llamado a la creatividad para brindar conocimientos teóricos y desarrollar destrezas, ayudar a los niños y adolescentes a adquirir autoestima, construir sólidas relaciones interpersonales y aprender a cuidarse y cuidar al otro.

Pero la educación sexual no es "fácil". Exige que hablemos de nuestros cuerpos, de genitalidad y sexualidad, temas íntimos que a veces "cuesta" empezar a trabajar con los chicos y que incluso pueden crear cierta "incomodidad". Necesitamos darnos y darles tiempo, generar interés y curiosidad y dejarlos trabajar sobre el tema y buscar información. Para esto es necesario elegir métodos que les permitan percibir las complejas situaciones de la vida diaria, relacionadas con la sexualidad, receptar los contenidos y movilizar sus emociones para promover que pongan en práctica lo aprendido.

A este fin apunta el uso de juegos: mantener su atención, involucrarlos en cuerpo, mente y corazón, hacerlos participar "con ganas", sentir que todos pueden aportar algo independientemente de sus habilidades para los aprendizajes lógico-racionales. El único límite para aplicar juegos a nuestro trabajo es que **requieren tiempo e imaginación.**

La efectividad de los juegos en educación sexual tiene soporte en teorías educativas y en investigaciones llevadas a cabo por OMS (Safari de la vida, El viaje de un joven) que demostraron adhesión entusiasta, significativa e incrementó la comprensión de la problemática entre los participantes.

Un juego es una estructura interactiva que requiere que los participantes intervengan para alcanzar la meta.

Veamos algunos aspectos que hacen de la utilización de juegos algo recomendables:

- Utiliza diversas formas de pensamiento (retener y recordar información, pensamiento crítico, que involucra comprensión, explicación, análisis, síntesis y evaluación).
- Es interactivo, un aprendizaje social.

- Maximiza el aprendizaje por la experiencia (experiencia concreta -reflexión- conceptualización -experimentación activa) en la seguridad de un marco cuidado y una "realidad" imaginada donde se pueden medir opciones y consecuencias, valore en acción y analizar las relaciones interpersonales en un "como sí" de la vida real.
- Permite participar a niños y adolescentes con problemas de aprendizaje o con necesidades educativas especiales.
- Permite "descubrir" el conocimiento por sí mismo, da autonomía.
- Promueve compartir pensamientos, ideas, formas de resolver problemas.
- El juego suspende momentáneamente las jerarquías en el aula o en la casa y permite la participación del educador o de los padres u otros adultos en el mismo nivel, dinámica muy útil considerando que ni el educador ni los padres van a estar presentes cuando el niño o el adolescente hagan sus decisiones críticas.
- Suelen surgir conflictos relacionados con las reglas de juego o con los contenidos, lo que brinda una excelente oportunidad para trabajar técnicas de resolución de conflictos.
- Genera una atmósfera relajada lo cual permite dialogar, escuchar, preguntar, aclarar, discutir valores, remover el silencio, hacer reír, da confianza.
- La tecnología de los juegos permite aprovechar las inteligencias múltiples:
 - intrapersonal e interpersonal:** discusión grupal, reflexión, autoaprendizaje,
 - espacial y kinestésica:** juegos de equipo, de movimiento, que involucren sensaciones táctiles u otras
 - lógico-matemática:** juegos que exigen un abordaje secuencial, ordenado y lógico
 - lingüística:** especialmente útil en las discusiones de reglas, búsqueda de soluciones, argumentaciones
 - musical:** uso de la música como contexto y "toque emocional", análisis de canciones
- Genera un espacio para tomar conciencia y realizar consultas personales.