



SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA LA VIDA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Guía de sensibilización del entorno del adolescente y joven con Enfoque de Género



SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA LA VIDA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Guía de sensibilización del entorno del adolescente y joven con Enfoque de Género

Descriptorios Temáticos:

- <Sexualidad, Educación Sexual Integral>
- <Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos>
- <Enfoque de Género, Igualdad de Género, Masculinidades>
- <Violencia de Género, Violencia en el Noviazgo, Prevención de la Violencia>
- < Métodos Anticonceptivos>
- < Embarazo Adolescente>
- < ITS – VIH - Sida>
- < Proyecto de Vida>
- < Cáncer Cérvico Uterino>
- <Adolescentes y Jóvenes, Participación Juvenil>
- < Relaciones Interpersonales, Comunicación>
- < Resolución de Conflictos>
- <Salud Materna>

Material elaborado por:

CIES Salud Sexual – Salud Reproductiva

Dr. Jhonny López Gallardo
DIRECTOR EJECUTIVO NACIONAL - CIES SALUD
SEXUAL SALUD REPRODUCTIVA

Título:

SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA PARA LA VIDA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Guía de sensibilización del entorno adolescente
y joven con enfoque de género

Primera Edición

Bolivia - Año 2021

Elaborado por:

Lic. Cintya Antezana Pedrazas
Lic. Liseth Salazar Bustos
Lic. Zoraida S. Choque Arce
CONSULTORAS

Corrección de Estilo
Cristóbal Gonzales Ugalde
EDUCADOR DE CALLE

Lic. Cristiam Espíndola Molina
RESPONSABLE NACIONAL DE ADVOCACY –
CIES SALUD SEXUAL SALUD REPRODUCTIVA

Diseño e ilustración:

Liseth Salazar Bustos

Impresión:

Impreso en Bolivia - Printed in Bolivia

Acrónimos

ONU:	Organización de Naciones Unidas
UNESCO:	La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
UNFPA:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
CPE:	Constitución Política del Estado
MDS:	Ministerio de Salud
SEDES:	Servicio Departamental de Salud
INE:	Instituto Nacional de Estadística
ENDSA:	Encuesta Nacional
SAFCI:	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
DSDR:	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
SSySR:	Salud Sexual y Salud Reproductiva
AIDAJ:	Atención Integral y Diferenciada al Adolescente y Joven
FELCV:	Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia
SLIMs:	Servicios Legales Integrales Municipales
DNA:	Defensoría de la niñez y adolescencia
OTB:	Organización Territorial de Base
MAC:	Métodos Anticonceptivos
DIU:	Dispositivo Intrauterino
ITS:	Infección de transmisión sexual
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VPH:	Virus de Papiloma Humano
CACU:	Cáncer de cuello uterino
PAP:	Prueba de Papanicolau
IVAA:	Inspección visual con ácido acético

Contenido

I. Introducción	9
II. Objetivos de la guía	11
III. Población a la que está dirigida la guía	12
IV. Enfoques teórico prácticos para la guía	13
V. Estructura pedagógica metodológica de la guía	15
VI. Como leer y usar la guía al máximo	20
VII. Diagnóstico	23
Diagnóstico y acuerdos de las reglas del taller	24
Taller Introdutorio	
“Una realidad que interpela”	25
VIII. Desarrollo de los módulos	31
Módulo 1	33
La Sexualidad para una vida plena y sin prejuicios	34
Tema 1	
Viviendo, sintiendo y pensando desde nuestros cuerpos	35
Taller 1	39
Viviendo, sintiendo y pensando desde nuestros cuerpos	39
Tema 2	
Sexualidad ¿Una mala palabra?	42
Taller 2	45
Tema 3	
Sexualidad ¡Una expresión de vida plena!	44
Taller 3	53
Módulo 2	57
Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos para la vivencia plena	58
Tema 1	
La Salud Sexual y Salud Reproductiva desde un Enfoque Integral	59
Taller 1	63
Tema 2	
Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, los más humanos de los derechos	68
Taller 2	71
Tema 3	
Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en la pareja, familia y comunidad	73
Taller 3	77
Tema 4	
Los Derechos de las y los adolescentes en los Servicios de Salud	80
Taller 4	87
Módulo 3	91
La Igualdad de Género desde el ejercicio de los Derechos de las Mujeres y las Masculinidades	92

Tema 1	
Mirando desde el Sistema Sexo Género.....	93
Taller 1.....	97
Tema 2	
Avanzando en la Igualdad de Género y los Derechos de las Mujeres.....	100
Taller 2.....	105
Tema 3	
Lo “macho”, una construcción social que limita nuestras vidas.....	108
Taller 3.....	112
Tema 4	
Masculinidades, las nuevas perspectivas de ser “hombres”.....	115
Taller 4.....	117
Módulo 4.....	121
Violencia de Género, una barrera para la vivencia plena de la SSySR.....	122
Tema 1	
Conociendo para deconstruir la Violencia de Género.....	123
Taller 1.....	128
Tema 2	
Vivamos la SSySR ¡Con Igualdad y Respeto!.....	131
Taller 2.....	136
Tema 3	
Promoviendo una Vida sin Violencia para adolescentes y jóvenes.....	138
Taller 3.....	143
Tema 4	
Violencia en el “noviazgo”.....	146
Taller 4.....	151
Módulo 5.....	155
Los Métodos Anticonceptivos y la construcción de un Proyecto de Vida.....	156
Tema 1	
El embarazo ¡Tú decides cuando!.....	157
Taller 1.....	162
Tema 2	
Anticoncepción ¡Muchas opciones, una elección!.....	165
Taller 2.....	171
Tema 3	
¿Qué sabemos sobre los Métodos Anticonceptivos?.....	174
Taller 3.....	178
Tema 4	
El Proyecto de Vida para el presente y futuro.....	181
Taller 4.....	185
Módulo 6.....	191
ITS – VIH y cáncer en la mujer.....	192
Tema 1	
Mitos y creencias sobre las ITS.....	193

Taller 1.....	196
Tema 2	
ITS ¡Prevenir las es posible!.....	199
Taller 2.....	207
Tema 3	
VIH y Derechos Humanos.....	211
Taller 3.....	216
Tema 4	
Previniendo el Cáncer Cérvico Uterino - CACU	219
Taller 4.....	226
Módulo 7.....	231
Acompañando adolescentes y jóvenes en la Salud Sexual y Salud Reproductiva	233
Tema 1	
¿Quiénes son las y los adolescentes y jóvenes?	233
Taller 1.....	237
Tema 2	
La familia en la vida de adolescentes y jóvenes	239
Taller 2.....	243
Tema 3	
Acompañando el desarrollo de la sexualidad saludable de NNAJ	246
Taller 3.....	252
Tema 4	
La Participación de Adolescentes y Jóvenes para mejorar la SSySR	256
Taller 4.....	260
Módulo 8.....	265
Relaciones Interpersonales, Estilos de Comunicación y Resolución de Conflictos	266
Tema 1	
La Comunicación para una interrelación familiar armoniosa y saludable.....	267
Taller 1.....	271
Tema 2	
Resolución de Conflictos para la vida familiar en armonía	275
Taller 2.....	279
Módulo 9.....	283
Salud Materna, responsabilidad compartida	284
Tema 1	
La Maternidad más allá de la reproducción biológica	285
Taller 1.....	289
Tema 2	
La Salud Materna, una responsabilidad colectiva.....	292
Taller 2.....	298
Referencias Bibliográficas.....	301

I. Introducción

La presente guía es una herramienta metodológica de apoyo a los procesos de sensibilización para el ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de padres, madres y/o tutores, a fin de promover la vivencia plena de su Salud Sexual y Salud Reproductiva, favoreciendo, por ende, al acompañamiento desde la familia y la comunidad en el desarrollo de la sexualidad saludable y responsable de los, las adolescentes y jóvenes. Por otra parte, esta guía es un material que puede servir de referente para maestros/as, personal de salud y otros actores que se identifican en el entorno de adolescentes y jóvenes.

La guía se realizó en el marco del proyecto “Fortaleciendo el sistema público de salud sexual y reproductiva y la articulación del tejido social y cultural, en el marco de los derechos humanos, la igualdad de género e interculturalidad”, que CIES Salud Sexual Salud Reproductiva desarrolla en los municipios de El Alto, Viacha y Pucarani del Departamento de La Paz.

En su elaboración nos basamos en el Enfoque de Género, la Despatriarcalización y la Interculturalidad. Es aún un desafío que los papás y mamás sean los acompañantes idóneos en la construcción de la sexualidad, la Salud Sexual y Salud Reproductiva de sus hijos e hijas desde que nacen, y durante las primeras etapas de sus vidas (niñez, adolescencia y juventud).

Promovemos también un Enfoque de Derechos Humanos en cuanto a la Salud Sexual y Salud Reproductiva, reconociendo que todas las personas tienen que acceder a información y servicios que les permitan decidir sobre su sexualidad y su capacidad reproductiva, libres de discriminación, coerción y cualquier forma de violencia.

Nos propusimos que se encuentren con un material accesible y adaptable a las circunstancias en que cada facilitador(a) desarrolla su trabajo. En ese sentido, queremos resaltar que no se trata de una receta a seguir paso por paso, sino que es una propuesta para recrear de acuerdo a cada contexto, experiencias y posibilidades; de esa manera este material cumplirá con su objetivo de fortalecer

a las comunidades, ya que habrá incorporado los saberes que tienen.

En su estructura, la guía está compuesta por nueve módulos: La Sexualidad para una vida plena y sin prejuicios; Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos para la vivencia plena de la Salud Sexual y Salud Reproductiva; Igualdad de Género desde el ejercicio de los Derechos de las Mujeres y las Masculinidades; Violencia de Género, una barrera para la vivencia plena de la Salud Sexual y Salud Reproductiva; Los Métodos Anticonceptivos y la construcción de un Proyecto de Vida; ITS – VIH y cáncer en la mujer; Acompañando a adolescentes y jóvenes en la construcción de la Salud Sexual y Salud Reproductiva; Relaciones Interpersonales, Estilos de Comunicación y Resolución de Conflictos; y por último, Salud Materna, responsabilidad compartida. Cada módulo está compuesto por temas y, cada tema contiene lectura de apoyo y la propuesta de taller.

Finalmente, recomendamos que esta guía metodológica pueda trabajarse en un proceso que abarque por separado a varones y mujeres, esto a razón de que aún hay la tendencia de que las mujeres se anulen frente a la participación de los varones. Se podrá unir a ambas poblaciones a la conclusión de un módulo, mediante encuentros denominados *apthapis*, a fin de compartir los sentires, pensares y aprendizajes adquiridos.

II. Objetivos de la guía

Objetivo General

Contribuir al ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de padres, madres y/o tutores para la vivencia plena de su Salud Sexual y Salud Reproductiva, favoreciendo el entorno de adolescentes y jóvenes en el desarrollo de su sexualidad con perspectiva y enfoque de género, de derechos, descolonizador, despatriarcalizador e intercultural.

Objetivos Específicos

- Fortalecer los procesos educativos de sensibilización con actores del entorno del adolescente y joven, padres y madres en temas de Salud Sexual y Salud Reproductiva y el ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos mediante estrategias analíticas, reflexivas y vivenciales.
- Posibilitar que padres y madres y otros actores del entorno de adolescentes y jóvenes asuman su sexualidad como un hecho natural y de oportunidades para la Salud Sexual y Salud Reproductiva plena y responsable, a partir de espacios de análisis y reflexión personal y grupal sobre las creencias, valores, actitudes y prácticas individuales.
- Brindar a padres, madres y/o tutores responsables, información y herramientas que desde la vivencia diaria les permita acompañar el desarrollo de la sexualidad de sus hijos e hijas.

III. Población a la que está dirigida la guía

La Guía de sensibilización es una herramienta metodológica de apoyo a los procesos educativos de sensibilización de padres y madres y actores del entorno de adolescentes y jóvenes, principalmente del área rural y periurbana. En ese sentido la Guía está dirigida a las y los facilitadores que desarrollaran procesos educativos de sensibilización.

La Guía cuenta el apoyo de un Cuaderno de Trabajo para padres y madres y actores del entorno de adolescentes y jóvenes, como herramienta de fácil comprensión, manejo y sobre todo de fortalecimiento, para que los aprendizajes adquiridos sean parte práctica del diario vivir.

IV. Enfoques teórico prácticos para la guía

i. Enfoques pedagógicos

a. Enfoque Histórico Cultural

Este enfoque pone énfasis en la importancia de considerar la historia personal del individuo, su clase social y consecuentemente sus oportunidades sociales que se suceden en una determinada época histórica de sus vidas. Las herramientas que tenga a su disposición, son variables que no solo apoyan el aprendizaje, sino que son parte integral de él. Una premisa central es que el proceso de desarrollo cognitivo individual no es independiente o autónomo de los procesos socioculturales en general, ni de los procesos educacionales en particular.

b. Enfoque de la Educación Popular

La guía está dirigida hacia la población adulta. Plantea un proceso educativo más democrático y cooperativo. La mayoría de sus prácticas se desarrollan desde comunidades campesinas, indígenas o suburbanas. Se considera como una educación propia y protagonizada por los propios sujetos que buscan el cambio. Sus principales planteamientos son:

- Crítica y dialéctica: parte de la realidad y transforma al sujeto a partir de un proceso de educación contextual crítica – reflexiva, activa y transformadora. Donde la participación posibilita tener las condiciones para descubrirse y conquistarse reflexivamente, como actores y sujeto de su propio destino histórico.
- Contexto: El hombre siempre es en relación a un contexto social, ya sea su comunidad, barrio o familia.
- Método: La utilización de los recursos orales fundamentalmente depende del marco de referencia que se utilice.
- Praxis: Considerano que la educación popular parte de una realidad concreta, toda teoría de la educación popular tiene que tener consecuencias prácticas.

ii. Enfoques transformadores

a. Despatriarcalización y Descolonización

El patriarcado y el neocolonialismo son dos formas de dominación que tienen varios elementos en común; pero el principal tiene que ver con el PODER, su distribución y la forma de ejercicio del mismo.

Los dos sistemas de dominación desarrollan relaciones jerarquizadas (por razón raza, de clase social o género) y, por tanto, inequitativas de poder, que se traducen en menor acceso al poder político institucional y de toma de decisiones, invisibilización en el ámbito simbólico y poca participación del poder económico, la distribución de riqueza y el acceso a bienes y recursos, principalmente, por parte de las mujeres.

b. Intraculturalidad e interculturalidad

Como principio promueve el intercambio y las relaciones interpersonales y colectivas, busca erradicar toda clase de inequidad sin suprimir las diferencias ni las identidades culturales. En este marco, la interculturalidad e intraculturalidad desde la educación, tiene una orientación socio política propositiva muy clara expresada en acciones tendientes al reconocimiento y respeto de la riqueza, las particularidades y las posibilidades de nuestra diversidad cultural, con el objetivo de aportar a la solución de conflictos entre culturas; su práctica es una lucha frontal contra las desigualdades instaladas en la sociedad, buscando transformar las estructuras que originan la inequidad política, socio-económica y cultural de comunidades campesinas, indígenas o suburbanas.

c. Enfoque de Género

Es una herramienta conceptual, metodológica y política, que posibilita evidenciar las diferencias existentes entre géneros en ámbitos políticos, económicos, sociales familiares y culturales. Este enfoque busca la construcción de una sociedad más igualitaria. Tiene que ver con las diferentes identidades de género, de que mujeres y hombres, sin importar las diferencias biológicas, tienen derecho a acceder con justicia e igualdad al uso, control y beneficio de los mismos bienes y servicios de la sociedad, así como a la toma de decisiones en la vida social, económica, política, cultural y familiar, es decir deben tener las mismas oportunidades para el ejercicio y exigibilidad de sus derechos.

d. Enfoque de Derechos Humanos

Es un marco conceptual jurídico, que recupera de la normativa internacional y nacional elementos fundamentales, como la promoción y protección de los derechos humanos, haciendo énfasis en las personas cuyos derechos han sido o están siendo por alguna situación vulnerados. Implica, entonces, la responsabilidad de los Estados y sus instituciones en el cumplimiento de los compromisos asumidos en las convenciones internacionales de derechos humanos y el concebir a los individuos como ciudadanos sujetos de derechos.

Al reconocer a las personas como titulares de derechos, también se reconoce el deber de las personas de informarse sobre sus derechos para exigir su cumplimiento y asegurar la vigencia de esos derechos.

e. Masculinidades

Plantea el significado de lo masculino en un debate social a partir del terreno de la cultura: costumbres, valores, normas, conductas, etcétera. La imagen del hombre se transforma a partir de expresiones simbólicas que rompen con la práctica de reproducción de la imagen masculina.

Se identifica y analiza la evolución de la masculinidad; las crisis de la identidad masculina se darán conforme se registran transformaciones culturales que cuestionen o transgredan los principios aceptados que definen el perfil general del ser hombre.

V. Estructura pedagógica metodológica de la guía

a) El módulo y los contenidos del taller

El módulo es una propuesta organizada de elementos instructivos y material didáctico interactivo para desarrollar aprendizajes de conceptos y destrezas de un área o conjunto unitario de temas, a fin de que las y los facilitadores puedan tener una mirada integral de los temas que se abordan en la capacitación.

En ese sentido y considerando los resultados del diagnóstico realizado previo a la elaboración de la presente guía, se plantea las siguientes estrategias:

- Desarrollo de los módulos, a partir de los contenidos de taller definidos, con mujeres y hombres por separado.
- Desarrollo de talleres como espacios de información, discusión y sensibilización, para la generación de conocimientos y prácticas que permitan la transformación de relaciones inequitativas entre hombres y mujeres y de vulneración de los derechos sexuales y derechos reproductivos.
- Apthapi (el valor de compartir) de conocimientos y vivencias entre mujeres y hombres a la conclusión de cada módulo. La o el facilitador evaluará la pertinencia de realizar un taller conjunto entre hombres y mujeres para intercambiar y reforzar conocimientos, inquietudes y estrategias para fortalecer la vivencia de la SSySR. Esto dependerá del avance del proceso de sensibilización y de la apertura de las y los participantes para trabajar conjuntamente las temáticas.

b) Estructura del taller

El taller es un espacio de diálogo entre las y los participantes, donde alguien orienta, pero todos (as) aprenden de todos (as) y se construyen nuevos saberes colectivamente. El taller es un encuentro planificado para la formación en temas de interés para las y los participantes. Permite abordar temáticas diferentes, fortalecer la participación, la cooperación, la reflexión y la comunicación. Un taller consta de:

- El inicio tiene por objetivo la presentación de las y los participantes, del tema que se abordará; crear un ambiente amigable y de confianza que favorezca la participación del conjunto y la conexión del grupo. Para fines de seguimiento de las y los participantes, en cada taller se realizará el registro en planillas de asistencia. De la misma manera es muy importante que en cada taller las y los participantes tengan una tarjeta que los identifique por su nombre, esto a fin de general un ambiente de mayor confianza y respeto.
- El momento grupal o de desarrollo se trabaja a partir de los conocimientos del grupo sobre el tema; para luego desarrollar el proceso analítico, crítico, reflexivo y activo, a partir técnicas o actividades participativas y vivenciales.

c) Consideraciones para el taller

1. Antes de iniciar una actividad educativa de sensibilización se debe tener en cuenta el contexto sociocultural y las características de la población con la que se trabaja.
2. El taller debe realizarse considerando que los pasos pueden modificarse dependiendo de las características del grupo, por ejemplo, si escriben o no.
3. De contarse con personas que no escriben, se buscare estrategias basadas en la cooperación grupal para promover la participación de todas y todos.
4. El tiempo para los talleres debe ajustarse al interés de las personas, número de participantes, nivel de escolaridad, condiciones del lugar donde se realiza la capacitación, entre otras.
5. La o el facilitador debe conocer bien cada actividad, además de tener un dominio teórico de temas que hacen a los DSDR, conocer y preparar con anticipación todo el material necesario.
6. El taller debe iniciar con una breve explicación de lo que se va a tratar.
7. Controlar el cumplimiento del tiempo sin presionar.
8. Se debe estar pendiente que todas las personas hayan entendido las consignas de trabajo.
9. Promover la motivación y el interés durante el desarrollo de la actividad.

d) Condiciones para los talleres

Considerando que CIES trabaja con diversas comunidades, además que se realizan las actividades en sus mismos lugares, se recomienda cumplir con algunas condiciones mínimas:

- Contar con espacios (casas comunales, aulas de colegio, sedes sindicales, etc.) que tengan un mobiliario básico (sillas y mesas). Tomar en cuenta espacios con electricidad para la proyección de videos o radio-clips si el taller lo requiere.
- Establecer reglas internas las y los participantes, que surjan del consenso entre todos y estén enfocadas a la motivación y buen desarrollo del taller y su proceso.
- Acordar la organización con las y los participantes para el cuidado de las wawas, situación que se da esencialmente con las madres participantes. Como estrategia se sugiere establecer turnos para que una de las mujeres pueda cuidar de las wawas durante el taller. Además, contar con algunos juguetes y juegos didácticos para niños y niñas según la edad.

e) Características y capacidades de un/a facilitador/a

La persona facilitadora no necesita ser una “experta” o sobrehumana para el trabajo con grupos o en el manejo de técnicas. Aunque si tener algunas características personales y profesionales mínimas, como ser:

Conocimientos

- Sobre la problemática que vive la población.
- Manejo básico de los temas de SSySR y DSDR.
- Sobre metodologías educativas y el manejo de grupos.
- Sobre dinámicas y técnicas de participación, discusión y reflexión grupales.

Actitudes

- Vocación transformadora y comprometida con la población.
- Paciencia.
- Creatividad para buscar diferentes caminos frente a las dificultades o necesidades de la población.
- Empatía para evitar imponer creencias y valores propios a los demás.
- Capacidad de observación a las preocupaciones, necesidades, relaciones y otros aspectos dentro del proceso educativo.
- Dedicación.
- Disciplina consigo mismo, y con el proceso educativo de sensibilización.
- Curiosidad por investigar sobre los temas, seguir aprendiendo y mejorar el proceso educativo.
- Respeto a otras culturas, a otros saberes y otras creencias.

Habilidades

- Posicionamiento claro respecto de su sexualidad, y la SSySR y DSDR.
- Escucha empática, con honesto interés.
- Estímulo, para inspirar a que los/as participantes sean los protagonistas de la mejora de su SSySR y la de sus hijos e hijas.
- Comunicación asertiva como esencia de la enseñanza transformadora.
- Valentía, reflejada en una mayor seguridad en uno mismo y que se traslada a los conocimientos que se transmiten a los/as participantes.
- Humor, como una herramienta muy eficaz para potenciar los procesos educativos.
- Generosidad.
- Determinación en las acciones y decisiones que toma.
- Responsabilidad basada en la autocrítica respecto al papel del facilitador/a.

f) Principios para el manejo de la guía

- Dialogo horizontal entre el o la facilitadora y los y las participantes de las comunidades.
- Participación activa de la población participante en el proceso de sensibilización.
- Búsqueda de acuerdos de convivencia.
- Aporte en la transformación enfocada en la mejora de la sexualidad, la SSySR y DSDR de los padres, madres y sus familias.
- La guía está escrita en primera persona individual y colectiva inclusiva, a fin de hacer de la lectura y del manejo una práctica amena. Por otra parte, se notará que cuando se escribe “nosotros, nosotras”, se incluye en la acción a la facilitadora o el facilitador, esto debido a que se recupera el enfoque de la educación popular, donde no hay alguien exclusivo “que sabe y enseña”, sino, que entre todos “conocemos, aprendemos y aportamos para la transformación de la realidad”. Téngase en cuenta que la o el facilitador es parte del contexto

sociocultural de la comunidad, el departamento o el país y, en esa medida, no es ajeno(a) a sus problemáticas.

g) Para un mejor manejo de la guía

Es un ideal que la presente guía con nueve módulos y más de treinta temas pueda desarrollarse como un proceso secuencial y continuo. Sin embargo, esto no siempre será así, por lo que se ha establecido que a partir del taller introductorio al proceso, la/os participantes puedan elegir los módulos a trabajar, esto considerando las problemáticas y necesidades que puedan identificar. En ese sentido se recomienda que se comience el proceso con el primer módulo, dado que éste es crucial para reconocernos como seres sexuales en plenitud y diversidad.

Otra recomendación importante, es que las y los facilitadores puedan actualizar permanentemente los datos estadísticos sobre las distintas problemáticas, con la finalidad de que las y los participantes puedan tener mayor constancia de cómo los DSDR no son cumplidos y, por tanto, profundicen las problemáticas como el embarazo adolescente o el cáncer de cuello uterino, por ejemplo.

Finalmente, es fundamental tener en cuenta que los mitos y tabús sobre la sexualidad, particularmente en nuestro país, son construcciones histórico culturales arraigadas en nuestra vivencia, por lo que, a través del trabajo con la presente Guía, esperamos aportar al inicio de procesos de sensibilización no solo colectivos sino particularmente individuales.

h) Acciones de contención emocional

En el desarrollo de los talleres, es posible que algún participante experimente una crisis emocional al socializar, denunciar o al demandar atención ante una situación que este viviendo sobre algún tema relacionado a la SSSR y los DSSR. Por ello es necesario establecer algunos pasos que ayuden con la contención emocional del o la participante. La contención emocional tiene el objetivo de calmar y estimular la confianza de la persona que se encuentra en alguna crisis emocional. Principalmente esta práctica está vinculada a la actitud empática y la escucha activa que permitirá siempre dar mucha atención al mensaje que nos está transmitiendo la persona.

Para realizar una contención emocional en crisis se debe:

- Centrar la atención en la persona y mirarla directamente cuando se habla con ella.
- Escuchar atento/a respetuosamente y sin juicios de valor.
- Favorecer la expresión de las emociones y tener actitud empática que permita sintonizarse con sus sentimientos y necesidades.

Es muy importante que evitemos:

- Minimizar lo que la persona está narrando al decir frases como: "Eso no es tan importante", "Por favor ya no llore".
- Decidir por ella, o condicionar la ayuda, es decir colocarse ante ella como alguien que le está haciendo el favor de ayudarla /ayudarlo.
- Avergonzar a la persona por su mal comportamiento.

- Emitir juicios de valor.
- Realizar promesas que no se pueden cumplir.

Recordemos que nuestro lenguaje corporal también es importante:

- Estar atentos/as.
- Establecer contacto visual apropiado.
- Mostrar gestos de solidaridad.
- Tener una postura relajada, a sentir cuando la otra persona habla.
- Evitar cruzar los brazos, no estar pendiente del celular, etc.
- Recuerda que tu actitud, mirada y postura también hablan.

Un principio de la contención es la confidencialidad que debe garantizar la o el facilitador, vale decir, debemos tener presente que, si una persona se anima a compartimos alguna problemática, lo hace porque identifica confianza en nuestra persona, una confianza que no se puede defraudar y, mucho menos divulgarla. En caso de peligro de la vida de quien acude a nosotros(as), se debe seguir una ruta de atención.

Ruta de acción para la contención emocional

1

IDENTIFICACIÓN SITUACIÓN DE VIOLENCIA Y CONTENCIÓN

- Contención de la víctima
- Determinar tipo de violencia al cuál fue sometida la víctima
- Orientación sobre la ruta de atención a las víctimas

El acoso y la violencia en todos sus tipos es un riesgo permanente al que están sujetas las mujeres sin distinción de edad. Este tipo de violencia es parte de la violencia de género.

2

ABORDAJE

- Área de salud
- Área psicológica y social
- Área legal

Abordaje salud: Realizando valoración física de secuelas post violencia sexual y la existencia de una rehabilitación.

Abordaje psicológico y social: Abordaje y contención psicológica, disminución de la angustia y ansiedad

Abordaje legal: activación de ruta de atención a la víctima de violencia.

3

DERIVACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Según al caso se remite a:
- EPIs - FELCV
- Defensoría - SLIM
- IDIF-FISCALÍA

Valoración de caso si aún sigue con cuadro agudo y derivación a la entidad pertinente.

Seguimiento y/o acompañamiento de caso por medios tecnológicos.

VI. Como leer y usar la guía al máximo

La guía presenta nueve módulos. Cada módulo ofrece lecturas de apoyo y talleres para aplicarlos con padres, madres y/o tutores de niños, niñas y adolescentes.

La información esta organizada y presentada visualmente de manera que los facilitadores/as puedan acceder y usar la guía de manera óptima y fácil.

Los talleres estan divididos en varios sectores, para facilitar su aplicación:

1. **Título y tema.** Contiene los conceptos que se requiere conocer para trabajar el taller. Su extensión varia en función de la importancia de los temas.

2. **Lectura de apoyo.** Contiene contenidos básicos y puntuales sobre el tema a desarrollar. Este será identificado con un gráfico.

3. **Taller y título.** Es el nombre con el que se puede identificar el taller.

4. **Objetivo/s.** Especifica las habilidades, los conocimientos, las actitudes, etc., que se espera fortalecer con cada taller.

5. **Presentación y desarrollo.** Establece el procedimiento del taller. Incluye, una secuencia de momentos, que incluyen la aplicación de diferentes técnicas grupales, testimoniales conocidas y readecuadas a la actividad.

6. **Tiempo.** Señala la duración aproximada que se recomienda. Este será identificado con un gráfico.

7. **Materiales.** Señala los elementos que se requieren para la realización del taller. Este será identificado con un gráfico.

Lectura de apoyo



Tiempo



Materiales



8. **Ideas para la reflexión final.** Contiene aspectos teóricos importantes para compartir o enfatizar con el grupo. Este será identificado con un gráfico.

Ideas para la reflexión final



9. **Evaluación del taller.** Especifica los aspectos a evaluar del taller. Este será identificado con un gráfico.

Evaluación del taller



10. **Material de apoyo.** Especifica la elaboración previa de todos los materiales y recursos que se usaran en el taller. Este será identificado con un gráfico.

Material de apoyo



11. **Variaciones.** Brinda algunas sugerencias para el manejo de las técnicas. Este será identificado con un gráfico.

Variaciones





VII. Diagnóstico

- *Acuerdos y reglas para los módulos y talleres*

Diagnóstico y acuerdos de las reglas del taller

• Lectura de apoyo



Abordar los DSDR, se constituye en un gran reto considerando que el diagnóstico situacional previo a la elaboración de la presente guía, muestra información preocupante sobre:

La sexualidad es entendida como genitalidad y relación sexual coital, por ello solo la palabra “sexualidad” crea cierta resistencia en la población adulta particularmente.

Se evidencia un marcado ejercicio del machismo reflejado en opiniones y comportamientos de hombres de la sociedad civil y autoridades comunitarias hombres, quienes de manera consiente e inconsciente refuerzan los estereotipos de género en desmedro del ejercicio pleno de los derechos de las mujeres.

De la misma manera se evidencia una fuerte influencia particular de iglesias evangélicas y la religión católica, las que mantienen vivas mitos, creencias, tabús y prejuicios respecto a la vivencia de la sexualidad, la misma como ya se mencionó, es entendida como genitalidad y cuyo único fin es la reproducción.

La cultura es una herencia invaluable de la humanidad, esta de alguna manera permite identificar los pasos recorridos por los distintos grupos humanos, así mismo permite delinear más camino por recorrer, la pregunta es ¿Cómo queremos recorrerlos? La cultura es dinámica, se transforma constantemente, la cultura debiera permitirnos reconocernos como seres sexuados, en libertad, con deberes y derechos.

La realidad que se vive en nuestro país respecto a la sexualidad, muestra que los mitos, tabús, creencias y prejuicios continúan vigentes en pleno siglo XXI y se expresan en múltiples problemáticas de riesgo en lo social, cultural, económico y político. Solo algunas de estas problemáticas son: los elevados índices de embarazos adolescentes y abortos clandestinos, practicados particularmente en la ciudad de El Alto; los altos índices de violencia extrema contra las mujeres, siendo los datos de feminicidio los más altos en el Departamento de La Paz, en relación al resto del país; el incremento de casas de prostitución, donde las mismas mujeres aymaras se desenvuelven como en otra “actividad laboral”, la mortalidad de las mujeres a causa del Cáncer de Cuello Uterino, de mama y otras enfermedades prevenibles; los escalofriantes casos en incremento de violencia sexual y violencia sexual comercial ejercida contra niñas, niños, adolescentes mujeres, jóvenes y adultas; y las situaciones donde los mismos hombres se colocan en riesgo, al asumir o tratar de encajar en el rol estereotipado del “machista”.

Es esta realidad la que nos interpela, y nos debiera cuestionar el cómo la abordamos. De ahí que este primer tema tiene como fin último, que las mismas madres, padres de familia y tutores(as), puedan identificar estas y otras problemáticas más en sus mismas convivencias de pareja, familia y comunidad, problemáticas que, muchas veces por la rutina, la costumbre o porque las estamos naturalizando, no las vemos como tales.

Taller Introductorio

“Una realidad que interpela”

(Diagnóstico y acuerdos)

• **Objetivos**

Identificar, analizar y reflexionar sobre las problemáticas referida a la vivencia de la sexualidad como hombres y mujeres, en la familia y la comunidad.

Establecer consensos y acuerdos para el óptimo desarrollo del proceso pedagógico de sensibilización.

• **Ejes de trabajo**

- Presentación del proceso de sensibilización (importancia y objetivos).
- Diagnóstico comunitario: Conocimientos previos, identificando problemáticas principales y necesidades de aprendizaje.
- Datos sobre: Embarazo adolescente, mortalidad materna, situación de violencia - feminicidio, violencia sexual, ITS, VIH-SIDA, cáncer de cuello uterino, aborto.
- Consensos y acuerdos (días de reunión, hora, lugar, directiva, reglas básicas).

• **Presentación y desarrollo**

1. La o el facilitador iniciará el taller dando la bienvenida a las y los participantes; realizará una presentación institucional y personal. Luego se dará a conocer los objetivos del taller y los ejes.

2. Para la presentación se trabajará con la técnica “Los cerillos parlanchines”, cada participante deberá encender un cerillo y mientras dure el fuego, deberá presentarse mencionando su nombre, apellidos, lugar donde vive, número de hijos(as) que tiene, idiomas que habla, expectativas del taller y otros aspectos, mientras dure el cerillo encendido.

3. Para el diagnóstico comunitario se empleará la técnica “Lluvia de ideas con coquita”. La o el facilitador compartirá un poco de coca a cada participante, mencionando que mientras acullican puedan pensar en las siguientes preguntas (Ver material 1):

- ¿Cuáles son los principales problemas que nos preocupan e interesan en la vida como pareja?

• **Tiempo**



Aproximadamente 2 horas.

• **Materiales**



- Tarjetas para nombres
 - Maskin,
 - Paleógrafos
 - Marcadores
 - Coca para acullicu
- Láminas según módulos de la guía
- Matriz de trabajo 1 y 2

- ¿Cuáles son las principales problemáticas que nos preocupan en la educación familiar de nuestros hijos e hijas?

4. La o el facilitador deberá promover que la mayoría de participantes pueda dar su opinión. Con el papelógrafo concluido, se pedirá a las y los participantes que puedan observarlo detenidamente, pensando en cuáles serían “los tres problemas que más preocupan y ¿por qué?” (Tanto en la pareja como en la educación familiar de las wawas). A través de la “lluvia de ideas” la o el facilitador irá marcando en el mismo papelógrafo las problemáticas de mayor consenso.

Una vez identificadas las problemáticas, se trabajará con la matriz 2, cuyas preguntas son:

- ¿Qué necesitamos aprender, fortalecer o mejorar como parejas para vivir en armonía?

- ¿Qué necesitamos aprender, fortalecer o mejorar como padres y madres de familia para educar y acompañar a nuestras hijas e hijos?

5. De igual manera, una vez trabajada la matriz 2, se pedirá identificar los temas de mayor urgencia a conocer y/o profundizar. En esta parte la o el facilitador debe ir relacionando las problemáticas y las necesidades de aprendizaje con los módulos de la presente Guía.

6. Luego se presentará “Imágenes temáticas” (ver material de apoyo) que consiste en utilizar imágenes relacionadas con los nueve módulos que componen la Guía de Sensibilización, estas imágenes permitirán:

- Presentar el objetivo de cada módulo, los temas que contiene y su importancia.
- Poner énfasis en los módulos que estén en relación a las problemáticas y necesidades de aprendices identificados en el diagnóstico.

- Identificar los módulos que serán parte del proceso educativo de sensibilización, recalcando que es necesario iniciar con el primer módulo para luego trabajar aquellos módulos relacionados con los resultados del diagnóstico.

- Presentar datos estadísticos sobre problemáticas en torno a la sexualidad.

- Identificar otros temas de interés y necesidad de las y los participantes.

7. La segunda parte del taller consiste en establecer algunas reglas entre todas/os para el óptimo desarrollo del proceso de sensibilización. Para ello se empleará la técnica “Lluvia de ideas”. La o el facilitador guiará el establecimiento de reglas, considerando los siguientes aspectos:

- Establecer y cumplir con los días y horarios de reunión.

- Definir el lugar de reunión.

- Reglas de convivencia y participación respetuosa.

- Establecer responsabilidades del equipo facilitador y de las/os participantes.

- Si fuera necesario, se formará una directiva formada básicamente por una presidencia, vice presidencia y secretaria de actas.

8. Todas las reglas acordadas y trabajadas en el papelógrafo deberían estar presentes y visibles durante todos los talleres para recordar y cumplir los acuerdos establecidos entre todos y todas. También se pueden registrar en el Cuaderno de Trabajo de padres y madres.

- i. Importancia de la educación sexual integral, la SSySR y los DSDR .
- ii. La importancia de que papás y mamás estén informados y capacitados en temáticas sobre la sexualidad, SSySR y DSDR con el fin de realizar un acompañamiento a sus hijos e hijas y evitar situaciones de riesgo.
- iii. La importancia del compromiso y participación de las y los participantes para que el proceso educativo y de sensibilización sea de beneficio para cada uno/a y para sus familias.

• Ideas para la reflexión final



- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Evaluación del taller



- a. **Material 1:** Se preparan las tarjetas de cartulina (12 x 6 cm) para la identificación de cada participante.
- b. **Material 2.** Se elabora una matriz en papelógrafo con la pregunta para el trabajo de la dinámica.

• Material de apoyo



• Preguntas	• Lluvia de ideas
¿Cuáles son las principales problemáticas que nos preocupan en la vida como pareja?	
¿Cuáles son las principales problemáticas que nos preocupan en la educación familiar de los hijos e hijas?	

Material 3: Matriz 2:

• Preguntas	• Lluvia de ideas
¿Qué necesitamos aprender, fortalecer o mejorar como parejas para vivir en armonía?	
¿Qué necesitamos aprender, fortalecer o mejorar como padres y madres de familia para educar y acompañar a nuestras hijas e hijos?	

d. **Imágenes por módulo.** Se elaboran las láminas con imágenes y títulos de cada módulo, en hojas de tamaño oficio y a una buena calidad de impresión (1: La Sexualidad para una vida plena y sin prejuicios; 2: Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos para la vivencia plena de la Salud Sexual y Salud Reproductiva; 3: Igualdad de Género desde el ejercicio de los Derechos de las Mujeres y las Masculinidades; 4: Violencia de Género, una barrera para la vivencia plena de la SSySR; 5: Los Métodos Anticonceptivos en la construcción de un Proyecto de Vida; 6: ITS - VIH y cáncer en la mujer; 7: Acompañando a adolescentes y jóvenes en la construcción de la SSySR; 8: Relaciones Interpersonales, Estilos de Comunicación y Resolución de Conflictos; 9: Salud Materna, responsabilidad compartida).

e. **Datos estadísticos:**

- Las y los jóvenes bolivianos mantienen un nivel muy alto de valores patriarcales, cinco de cada diez jóvenes ha adoptado una identidad patriarcal. Esto debido a que el entorno cultural y ético en el que viven los y las bolivianas es altamente favorable al machismo y, por consiguiente, a la violencia contra las mujeres.

- Según la Encuesta de Demografía y Salud ENDSA – 2016, se tiene los siguientes datos:

- El mayor nivel educativo se acompaña de mayor porcentaje de conocimiento de MAC modernos; todos los hombres y casi todas las mujeres con educación superior lo conocían.

- El área de residencia y la región determinan brechas en el conocimiento de MAC modernos, aunque no sustanciales; los hombres y mujeres del área rural presentan menores porcentajes de conocimiento de MAC, de igual manera ocurre con las mujeres de la región del altiplano.

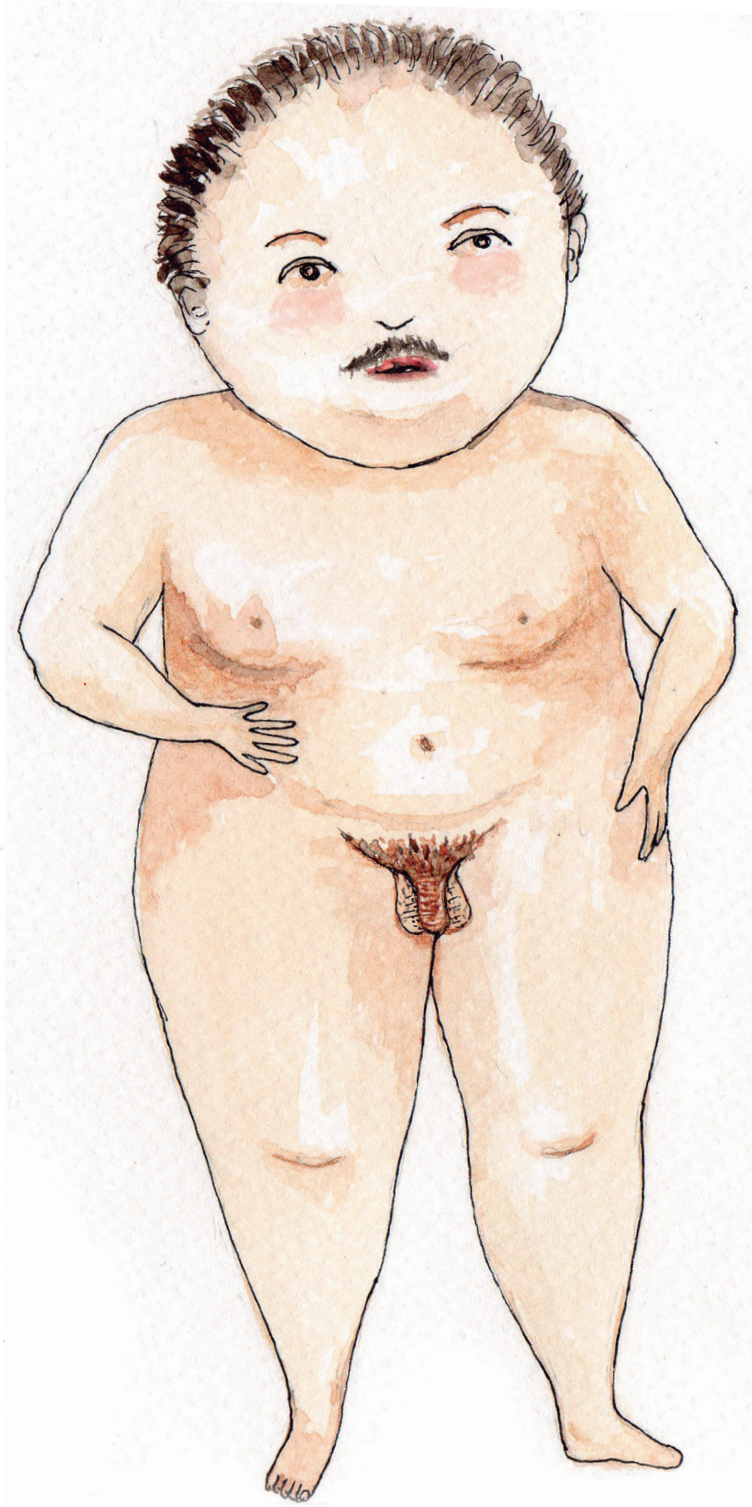
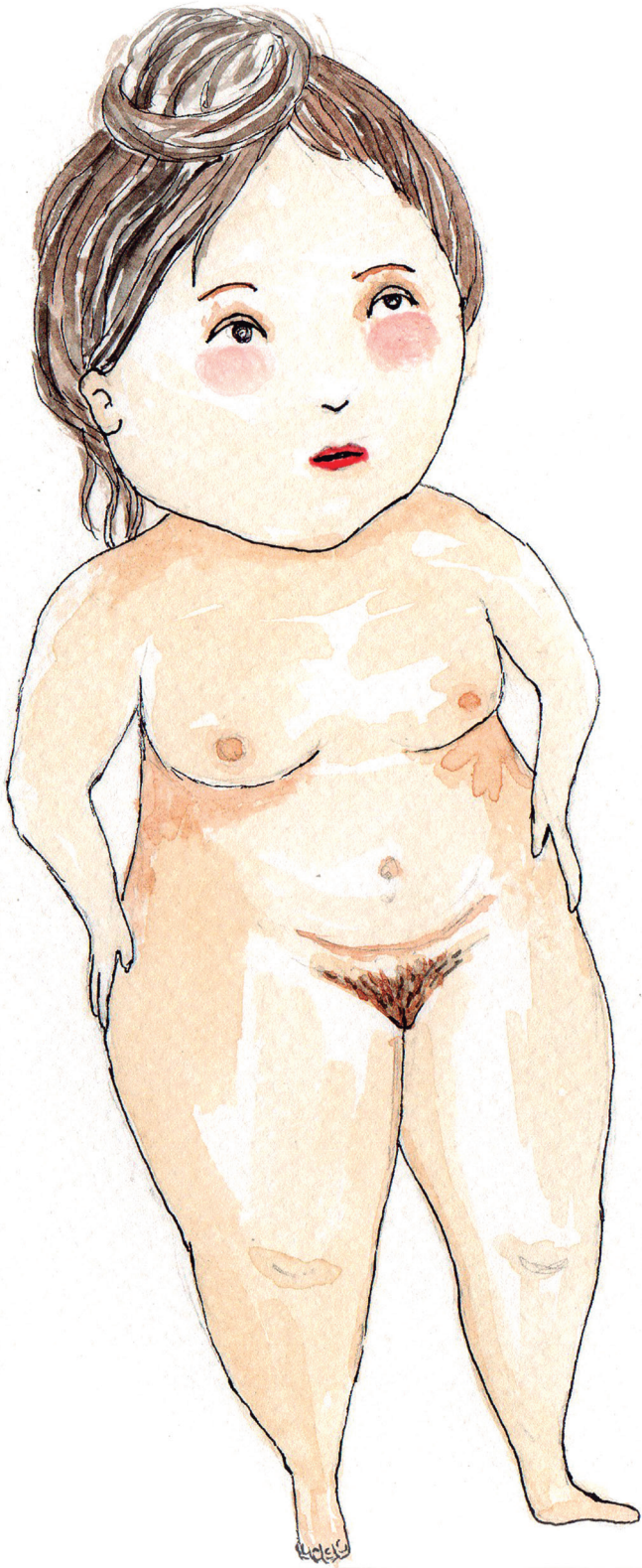
- La Tasa Global de Fecundidad (TGF) del área urbana se encuentra, cada vez, más próxima al umbral de reemplazo (2 hijos), mientras que el área rural casi lo duplica.

- El porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que dieron a luz antes de los 20 años en el área rural, en comparación con el área urbana, casi es el doble.

- El porcentaje de mujeres que ha dado a luz (o ha tenido hijos) incluso antes de los 15 o 18 años, también es claramente superior en el área rural.
- Los departamentos de Potosí, Oruro y La Paz, tienen las menores coberturas de parto en establecimientos de salud y los mayores porcentajes de partos en la casa.
- Según el documento de “Estadísticas con enfoque de género” del INE- 2016: En 1976, la brecha de alfabetismo entre mujeres y hombres del área urbana era de 17,0 puntos porcentuales; en 1992 bajó a 9,8 puntos porcentuales; en 2001 descendió a 7,5 puntos porcentuales y en 2012 cayó a 3,1 puntos porcentuales, cerrando la magnitud de la brecha que aún es desfavorable para las mujeres.
- Según la Encuesta de prevalencia y características de la violencia contra las mujeres 2016 (INE 2017):
 - En Bolivia, de cada 100 mujeres casadas o unidas, de 15 años o más, el 75 declararon haber sufrido algún Tipo de Violencia por parte de su pareja en el transcurso de su relación.
 - Según las áreas, las mujeres agredidas del área rural, a lo largo de su relación sentimental supera el promedio del país en 8 puntos porcentuales.
 - A nivel de país 92,7, de cada 100 mujeres casadas o en unión libre fueron agredidas a lo largo de su relación y 88 continuaron viviendo violencia durante los últimos doce meses.
 - El nivel de instrucción es un factor que incide en la ocurrencia de violencia en las relaciones de pareja; posiblemente una mujer más instruida conoce sus derechos y está al tanto de las campañas contra la violencia hacia la mujer. Se observa que de 100 mujeres que no tuvieron instrucción, 81 sufrieron maltrato a lo largo de su relación y 43 continuaron con violencia en los últimos doce meses.
 - En los departamentos de La Paz y Potosí se presentaron los mayores porcentajes de violencia contra las mujeres separadas, divorciadas y viudas que sufrieron violencia por parte de su ex-pareja, 95% y 96% respectivamente fueron maltratadas durante su relación con su ex-pareja.



VIII. Desarrollo de los módulos



Módulo 1

• La Sexualidad para una vida plena y sin prejuicios

Módulo 1: La Sexualidad para una vida plena y sin prejuicios

Objetivo: Lograr que las y los participantes identifiquen la sexualidad como un hecho natural desde la vivencia de sus propios cuerpos como espacios de decisión.

Capacidades a fortalecer y/o desarrollar Las y los participantes:

- Pueden conversar con naturalidad sobre sus cuerpos, como espacios de decisión.
- Identifican y analizan los mitos y creencias referidos al ejercicio de la sexualidad, como barreras para la vivencia plena de la SSySR y los DSDR.
- Conocen, comprenden y hablan de la sexualidad como una vivencia natural que abarca toda nuestra vida como seres humanos.

Talleres Ejes de trabajo

- 1. Viviendo, sintiendo y pensando desde nuestros cuerpos**
 - El cuerpo como espacio de vida y libertad, pero también de como un espacio de colonización y conquista.
 - Reconociendo y aceptando nuestro cuerpo, como un espacio de soberanía.
 - Actores y discursos que influyen sobre nuestro cuerpo (familia, pareja, comunidad, sociedad, religión y medios de comunicación)
 - Sanación emocional del cuerpo para la vivencia de la SSySR.
- 2. Sexualidad ¿Una mala palabra?**
 - Mitos, tabús, miedos creencia sobre la sexualidad.
 - Desmitificando la sexualidad.
 - Reconocimiento de personas como seres sexuales.
- 3. Sexualidad ¡Una expresión de vida plena!**
 - Conceptos de sexualidad, sexo y género, identidad, dimensiones.
 - Identificación de cómo se construye y vivencia la sexualidad en nuestras familias y comunidades.
 - Identificación de la sexualidad como un hecho cotidiano, aunque no se hable de ello.
 - Experiencias relacionadas a género, erotismo, placer, afectividad y reproducción.

Tema 1

Viviendo, sintiendo y pensando desde nuestros cuerpos

· Lectura de apoyo



1. El cuerpo como parte de una construcción socio cultural histórica

Habitamos un cuerpo al que diariamente alimentamos y limpiamos básicamente como parte de nuestra existencia natural, sin embargo ¿solo somos un cumulo de huesos, músculos y fluidos? A veces por la rutina de la vida no somos conscientes de nuestro cuerpo, de sus necesidades físicas saludables (por ejemplo), de lo que aprendemos, expresamos y vivimos a través de nuestro cuerpo. Pensar nuestros cuerpos, pensar desde nuestros cuerpos, es una tarea urgente.

Al respecto María Galindo en su libro “No hay libertad política sin libertad sexual”, a través de una revisión conceptual en diccionarios lingüísticos de cronistas de la época colonial, muestra la amplitud de la vivencia sexual de algunos de los pueblos conquistados y sometidos en sud América, así pues, identifica que “en la dualidad sexual hombre/mujer andinos se encuentran, por lo menos, cuatro derivaciones y no únicamente dos. Las mismas no son necesariamente antagónicas, sino que expresan combinaciones posibles de ambos sexos, ambivalencias y grados de lo femenino y masculino más complejos”, ante esta realidad sexual, donde los cuerpos tienen mayores grados de libertad en cuanto la expresión sexual desde sus cuerpos, Galindo describe que “Los españoles llegaron con conceptos sobre la sexualidad fundados en una visión judeo-cristiana del siglo XVI. Mandatos como el de la virginidad, la heterosexualidad obligatoria, el sexo como únicamente valido para la reproducción, la censura de la desnudes y otros, fueron un conjunto de “valores” coloniales a ser instalados en esta parte del mundo con un plan de castigos y condenas..., la vigilancia sexual fue un instrumento muy importante para perpetrar el proyecto político y bélico de la dominación colonial. El dominio sobre los cuerpos y la adopción por parte de los pueblos conquistados de las normas impuestas por el conquistador fue una obsesión en la cual la iglesia católica concentro todas sus fuerzas... No se trató de un proyecto persuasivo, sino de un proyecto basado en el castigo físico, la vigilancia, la vergüenza publica, la condena y la culpabilización”.

Los objetivos de esta colonización del cuerpo conquistado son similares a los que sutilmente se presentan en el sistema capitalista actual, en ese sentido, Michel Foucault en su obra Historia de la sexualidad explica que “el sistema capitalista, que se sostiene en diferentes estructuras -una de ellas el patriarcado- utiliza a la sexualidad como un dispositivo para la regulación y el control de la vida misma, ese es el biopoder, el poder sobre la vida. El sistema intenta controlar todo, incluso los cuerpos”.

Los aportes de Galindo y Foucault, permiten comprender que toda nuestra vivencia expresada en y través de nuestro cuerpo, tienen una marca de castigo, dominio y disciplina a partir de una lógica hegemónica de poder histórico determinado, en ese escenario, deliberadamente y de formas sutiles se nos coarta la libertad sobre nuestros cuerpos y por ende nuestra libertad política para el ejercicio de nuestros derechos sexuales y derechos reproductivos lo que en suma coarta nuestra ciudadanía.

En este marco de análisis a partir de la teoría feminista, surge el concepto de Soberanía del Cuerpo como una categoría para enfrentar al sistema, a la subordinación, a la violencia y al control de los cuerpos principalmente de las mujeres; son los cuerpos donde se imprime el ejercicio de poder de un sistema, una clase social y de una raza.

La soberanía del cuerpo, como concepto invita a que, principalmente, las mujeres nos reconozcamos como autónomas, como tomadoras de decisiones en relación a nuestros cuerpos, a nuestras vidas. Ser soberanas es tener derecho sobre nuestro cuerpo, significa tener poder y libertad. Significa poder decidir, sobre el ejercicio de la sexualidad, sobre la vida sexual y reproductiva.

El derecho a decidir es parte de los derechos humanos (Conferencias de Naciones Unidas del El Cairo -1994- y Beijing -1995). Debe ser ejercido por todas las personas; sin embargo, en la práctica no siempre es posible debido a que el aparato estatal, otras instituciones y el sector privado no garantizan las condiciones para que las personas podamos, ser autónomas y podamos decidir sin presiones de ningún tipo.

El derecho a decidir no solo tiene que ver con los sujetos, también incluye que esas decisiones tomadas por derecho sean respetadas incondicionalmente siempre y cuando no vulneren los derechos y decisiones de otras personas. El derecho al aborto decidido es una estrategia para llevar a la práctica el ejercicio de la soberanía del cuerpo, por ejemplo.

La soberanía del cuerpo es una categoría política para abordar la defensa y el ejercicio de los derechos, particularmente los sexuales y reproductivos, aporta a la configuración de una política del cuerpo respetuosa para con las mujeres, sin dejar de lado el cuerpo del varón espacio de análisis también, desde las nuevas masculinidades.

2. Discursos y actores que influyen en la definición de nuestros cuerpos

A partir del marco teórico citado, es posible identificar ámbitos, actores y discursos que establecen normas sociales (cuyo incumplimiento implican sanciones y castigos) para la vivencia de nuestros cuerpos.

Ámbito	Actores discursos e influencias sobre nuestros cuerpos	
	Niñas y niños en la primera infancia y niñez	Adolescencia y Juventud
Familia (padres, madres, tutores)	<p>Que las niñas y los niños toquen sus genitales es parte del descubrimiento de su cuerpo, por tanto, es un hecho normal y natural. Sin embargo, las adultas y los adultos lo sancionamos como algo "sucio" y "cochino". Ese es el primer momento en que como adultos instalamos la vergüenza y el miedo por el cuerpo.</p> <p>Luego se enseña "la forma correcta de ser niñas y niños desde sus cuerpos", por ejemplo, "las niñas son débiles los niños son inquietos y audaces.</p>	<p>Los cambios biológicos hormonales que viven se expresan a través de emociones, sentimientos y en sus cuerpos, sin embargo, en la familia y de manera generalizada esta etapa es catalogada como "la edad del burro", donde las y los adolescentes no son vistos como sujetos de derechos, por tanto, incapaces de tomar "buenas decisiones" sobre sus cuerpos y sus vidas.</p> <p>En las relaciones de enamoramiento y noviazgo de adolescentes y jóvenes, se tienden a reproducir estereotipos y violencias aprendidas en el entorno social, los medios de comunicación y la familia, a partir de la idea de que "el cuerpo de la mujer es propiedad del hombre".</p>

<p>Escuela (Profesores/as)</p>	<p>Las y los profesores al igual que los padres y las madres, a través del proceso pedagógico transmiten sus miedos, tabús y negación del cuerpo como un espacio de decisión. De ahí que continúen los sistemas educativos coercitivos, prejuiciosos, violentos y verticales, a pesar de tener dos reformas educativas en los últimos 30 años.</p>	<p>La educación sexual en la escuela se limita a una mera descripción anatómica fisiológica de los órganos sexuales tanto del varón como de la mujer en la materia de ciencias naturales o Biología. Por miedo y falta de formación sobre el tema, muchos profesores y profesoras a título de educación sexual, transmiten información sesgada que reproducen estereotipos de género, por ejemplo, “los chicos tienen mayores impulsos sexuales que no pueden controlar”, “las chicas son las principales responsables de un embarazo, por (dejarse convencer y) no haber dicho NO y por comportarse mal”.</p>
<p>Comunidad – Sociedad</p>	<p>En nuestra sociedad esta instituido el androcentrismo (se concibe y entiende al mundo desde lo masculino tomando al varón como modelo de lo humano), desde donde, niñas, niños y adolescentes tienden a reproducir las relaciones inequitativas y de marcada violencia entre hombres y mujeres. También se tiene instalado al adultocentrismo (concibe y entiende al mundo desde la perspectiva del adulto/a tomando a ellos como modelos, invisibilizando a niños, niñas y adolescentes), desde donde no se reconoce y menos valora la capacidad de opinión, participación y exigibilidad de niñas, niños y adolescentes.</p>	
<p>Religión</p>	<p>En la religión católica está el precepto de que el bautismo a las wawas tiene como objetivo el limpiar el “pecado original” con el que nacemos, es decir, nuestros cuerpos como resultado de un “pecado”. La mayoría de las religiones, si no son todas (menos algunas de las religiones orientales y asiáticas), consideran lo sexual, la sexualidad y los placeres ligados a la sexualidad como resultado de la acción directa del demonio, por lo tanto, son considerados un pecado.</p>	<p>En todas las religiones y sectas, se establece un dogma para el ejercicio de la sexualidad, quien se atreva en ir contra corriente es duramente sancionado, lo peor, es que se genera en los cuerpos, principalmente en los cuerpos de mujeres, el sentimiento de vergüenza y temor al “castigo por el pecado”. “El cuerpo de la mujer nacido de la costilla de un hombre, culpable por haber tentado al pecado, por la pérdida del Edén”. La mayoría de las religiones, si no son todas, fundamentan su acción evangelizadora en las familias a partir de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La desobediencia de la primera mujer (Eva) • La expulsión del paraíso terrenal y el pecado original de ADAN y EVA. La cabeza de la familia es el HOMBRE (varón) y la mujer solo le debe obediencia.
<p>Medios de comunicación</p>	<p>En el sistema capitalista imperante, los medios de comunicación y las redes sociales en internet se han constituido en los “principales moldeadores” de los cuerpos de hombres y mujeres de todas las edades. El mensaje homogeneizador promueve estereotipos de belleza donde los “cuerpos perfectos” son una exigencia y la condición de éxito y triunfo en esta vida, de ahí por ejemplo que se escuche casos de bulimia y anorexia en edades más cortas de niños y niñas, principalmente en las niñas.</p>	
<p>Estado – Gobierno</p>	<p>La falta de un posicionamiento claro y de normas específicas que promuevan una salud sexual y reproductiva para la población es una clara señal de que el Estado boliviano y los gobiernos de turno no valoran la importancia y la urgencia de este tema. Por otra parte, el Estado asume muchas veces acciones declarativas (Leyes y normas) “progresistas” como la Ley Avelino Siñani (ley 070), el nuevo código Niño Niña Adolescente (ley 548), Ley integral contra la violencia a la mujer (ley 348), sin embargo, en los hechos estas, no se traducen en acciones reales y concretas que puedan contribuir al pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.</p>	

En la niñez y adolescencia, la curiosidad es parte del crecimiento, es natural y necesario para la autonomía y el ejercicio pleno de la ciudadanía. Por tanto, es fundamental que las personas adultas les demos respuestas claras, directas y honestas para ayudar a crecer a nuestros hijos e hijas en forma sana, segura, plena, placentera y responsable.

Como se puede ver, entre estos discursos, actores e influencias, se llegarán a formar un ciclo generacional en el que se continuarán reproduciendo actitudes y comportamientos (en base al miedo, los mitos, las creencias y los tabús) asumidos como normas sociales, que tendemos a aceptarlos como “naturales” y que sin embargo generan problemáticas sociales (altos índices de embarazo adolescente, abortos clandestinos, violencia sexual, etc.) y desencuentros intergeneracionales.

3. La posibilidad de vivir y pensar desde nuestros cuerpos

La deconstrucción de este ciclo generacional de negación de nuestros cuerpos, es posible a partir de los siguientes elementos que nos desafían a repensarnos:

- Mi cuerpo es un espacio de soberanía, desde donde puedo tomar decisiones que me permitan la construcción (de condiciones y factores) de mi felicidad, tomado como referente a los derechos sexuales y derechos reproductivos, como lo más humanos de todos los derechos.
- Iniciar un proceso analítico personal de autoconocimiento e identificación permanente de los actores y discursos sobre nuestros cuerpos, de los hechos y factores que nos hicieron o aun nos hacen daño, el objetivo de ello no es la búsqueda de culpables, por el contrario, se trata de identificarlos para comprenderlos y superarlos a fin de vivir de manera más plena, libre y responsable.
- Mi cuerpo como espacio de decisión, también implica empezar a conocerlo mejor, mirarlo y valorarlo desde la desnudez, aprendiendo a identificar las sensaciones y emociones agradables o desagradables que mi cuerpo puede sentir, saber que puedo decir que NO a cualquier hecho que me desagrada, saber que puedo decir y pedir algo que me agrada y cómo.
- En la relación de pareja, será importante que como padres y madres veamos a nuestros cuerpos no solo como medios de reproducción, sino, ante todo, como espacios para compartir alegría, placer, amistad, complicidad, sueños, frustraciones, ante todo vida. Tengamos en cuenta que el acto sexual no es la única fuente de placer, lo es también, el bailar una tonada andina, el servirse un helado, un refresco, el compartir responsabilidades del hogar, entre otros.
- El cuidado de nuestra salud, es parte del cuidado y valoración de nuestros cuerpos como espacios de soberanía y libertad.

Taller 1

Viviendo, sintiendo y pensando desde nuestros cuerpos

• Objetivo

Sensibilizar a las y los participantes sobre la naturalidad e importancia del cuerpo, como el primer espacio y lugar desde donde interactuamos.

• Presentación y desarrollo

1. Cada participante dirá su nombre, tocando y mencionando “la parte de su cuerpo que más le gusta y la que no”. La o el facilitador tomará nota en un papelógrafo de las participaciones, según matriz de apoyo 1.

2. Luego de que todos y todas hayan participado (tomado en cuenta el papelógrafo), se realizará las siguientes preguntas para el análisis colectivo:

- ¿Por qué será que nos gustan estas partes del cuerpo? y ¿Por qué será que no nos gustan estas partes del cuerpo?
- ¿Qué o quienes influyen para que esas partes de nuestro cuerpo nos gusten o no nos gusten?

3. Se cerrará esta parte mencionando que nuestros cuerpos con todas sus características, son el medio por el cual interactuamos en la vida, por tanto, corresponde valorarlo, cuidarlo y respetarlo.

4. Se presentará la lámina 1, se pedirá que la observen detalladamente por un minuto, luego se preguntará al pleno (en cada pregunta se promoverá la “lluvia de ideas”):

- ¿Qué ven en esta lámina? y ¿Qué estarán pensando y sintiendo los personajes de la lámina?
- ¿Lo que hacen la niña y el niño en la imagen, es bueno, malo? ¿Por qué?
- ¿Cómo padres, madres o tutores, qué harían y qué dirían en una situación así? ¿Por qué?
- ¿Esto que ustedes dirían y harían, será bueno para la vida de la niña y el niño cuando sean adolescentes, jóvenes y adultos? ¿Por qué?
- ¿Esto qué dirían y harían, de donde lo aprendieron, quien les enseñó a ustedes?

5. Se mencionará que nuestros comportamientos y conductas como adultos/as, están en relación a cómo en la familia, escuela y los medios de comunicación, nos enseñaron y enseñan a entender y mirar nuestros cuerpos.

• Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

• Materiales



- Papelógrafos
- Marcadores
- Masquin
- Matriz 1
- Lámina 1
- Música relajante
- Equipo de sonido
- Arcilla

6. Se procede con la actividad “Cuerpos de arcilla”, cada participante con un pedazo de arcilla elabora su propio cuerpo, como a ellas y a ellos más les guste, en un tiempo de 5 a 10 minutos. Mientras dure este trabajo, se pondrá música relajante. Al terminar el trabajo, se pedirá que puedan sentarse cómodamente, mientras miran su cuerpo de arcilla, se promueve que mediten sobre las siguientes situaciones:

- ¿Que sienten al mirarse en un cuerpo de arcilla?
- Las palabras que les enseñaron para nombrar los genitales (cuando wawas) ¿por qué no se los nombraba, o por qué se les daba otro nombre?
- ¿Quiénes y cuando nos hicieron sentir vergüenza de nuestro cuerpo? y ¿Cómo afectaron esas personas y sus palabras en nuestra vida?

7. Las preguntas son muy personales, por lo que la participación es voluntaria. Se cierra esta parte con las siguientes reflexiones:

- Mirar nuestros cuerpos, intentar mirarlo desnudo en un espejo o al bañarnos, es una manera de valorar, amar, respetar y hacer respetar nuestros cuerpos.
- Los nombres incorrectos que nos enseñaron para nuestros genitales, nos muestra que nuestros padres y madres también tenían vergüenza de hablar de sus cuerpos.
- Quienes nos hicieron sentir vergüenza de nuestros cuerpos, pueden ser personas a las que les hayan hecho lo mismo o, que no tengan ninguna información.
- Si nadie nos enseñó a conocer, cuidar y respetar nuestros cuerpos, no podemos hacer lo mismo con las wawas. La información según la edad es importante.
- Finalmente, se les pedirá que, mirando a sus cuerpos de arcilla, y en silencio puedan darle palabras de aliento para continuar luchando en la vida.

i. Nuestros cuerpos y lo que vivimos, pensamos y sentimos son parte de una construcción social, que puede ser positiva o negativa.

ii. Nuestros cuerpos son espacios desde donde a partir de su conocimiento, aceptación, valoración y respeto, podemos y debemos decidir.

iii. Reconocer las sensaciones y emociones en nuestro cuerpo que nos agradan o desagradan, es un primer paso para empezar a vivir con mayor libertad.

- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Ideas para la reflexión final



• Evaluación del taller



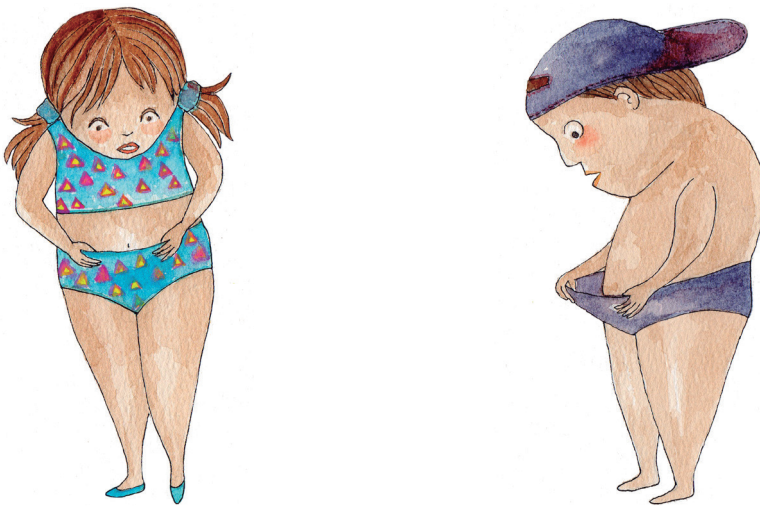
Material 1: Matriz 1

Parte de mi cuerpo que ME gusta	¿Por qué?	Parte de mi cuerpo que NO me gusta	¿Por qué?	¿Qué o quiénes influyen?

• **Material de apoyo**



Material 2: Lámina 1, Imagen de una niña y un niño, donde cada uno se mirá las partes íntimas.



- Antes y después de trabajar con la actividad “cuerpos de arcilla” se puede recurrir a técnicas de respiración relajante.
- En caso de no contarse con arcilla, se puede elaborar plastilina casera.
- De no contarse con arcilla o plastilina, se puede recurrir a que las y los participantes puedan dibujar sus cuerpos.

• **Variaciones**



Tema 2

Sexualidad ¿Una mala palabra?

· Lectura de apoyo



1. El mito ¿Qué es?

El mito (del griego, mythos, «relato», «cuento») significa fábula, leyenda, ha permitido al hombre explicar una realidad que se le presenta de manera irracional. Los mitos forman parte del sistema de creencias de una cultura o de una comunidad, la cual los considera historias verdaderas. Así mismo, la mitología es el conjunto de opiniones y creencias que conforman la imagen o concepto general del mundo que tiene una persona, época o cultura, a partir de la cual la interpreta su propia naturaleza y la de todo lo existente y a todos los campos de la vida, desde la política, la economía o la ciencia hasta la religión, la moral y, por su puesto la sexualidad. En la mitología sus relatos se adaptan y se transforman de acuerdo a quién los cuenta y el contexto en el que son transmitidos.

Otros análisis sugieren que el mito no debe ser tomado a la ligera, pues el mito contemporáneo encierra ideología de un régimen social determinado y hegemónico. Así, Roland Barthes plantea que “La ciencia moderna ha puesto en evidencia el carácter semiológico de nuestras actitudes y creencias. El Análisis del mito contemporáneo muestra características “ocultas” ideológicamente de la relación semiológica que se establece en la cotidianeidad de las relaciones sociales, dentro de un régimen social determinado (sociedad capitalista). Hoy en pleno siglo XXI no podemos negar a la ciencia y sus avances, como forjadores de conocimiento que debe contribuir en el logro de una vida más justa y respetuosa.

2. Mitos, tabús y prejuicios sobre la sexualidad

Los mitos no solo son el resultado de la cultura popular, también son creados o reforzados intencionalmente con el fin de sustentar determinadas posturas u opiniones. Por ejemplo, hay pequeños grupos de la sociedad vinculados a algunas religiones que consideran a las relaciones sexuales con el único fin de la reproducción y solo dentro del matrimonio, su incumplimiento se asume como una ofensa o pecado.

En algunos grupos de interés existe preocupación por el inicio sexual temprano de las (os) adolescentes y muchas veces por falta de información, o por garantizar que las relaciones sexuales sean realmente voluntarias, generan un temor infundado respecto de los métodos anticonceptivos durante la adolescencia, aduciendo efectos inexistentes. Sin embargo, no consideran los graves riesgos de una relación sexual no protegida, de un embarazo precoz y de un parto a edad temprana. Todas las evidencias señalan que postergar el embarazo y el parto es fundamental no solo desde el punto de vista de la salud, sino también desde el enfoque social. Asimismo, está demostrada la total ineficacia de intervenciones en salud y educativas que solo promueven la abstinencia

Por último, cuando se habla de sexualidad, solo la palabra tiende a ser entendida como “acto sexual” lo que denota que sobre la sexualidad no solo hay mitos, sino también tabús (aquello prohibido de lo que no se debe hablar), prejuicios (juicio previo acerca de algo que se conoce mal) e ideología. Si tomamos en cuenta que el cómo percibimos, comprendemos y vivimos desde nuestros cuerpos, es una construcción social, veremos que ésta tiene algunas de sus raíces en la “conquista española”, donde los cuerpos de los “conquistados” son propiedades de dominación en los que se instaló la vergüenza, la culpa, el temor y el morbo por el cuerpo y su sexualidad, en torno a la cual se formaron mitos, tabús y prejuicios latentes hasta nuestros días.

A manera de resumen veamos los pilares sobre los que se sostiene los mitos sobre la sexualidad:

- a. La ideología del régimen social determinado, por ejemplo, el sistema capitalista plantea que, a partir de la revolución industrial, habría ido generando espacios de mayor participación de las mujeres (en el trabajo en fabricas, la industria, en la política), de mayores libertades, sin embargo, que el aborto siga siendo considerado un “delito de la mujer” y no un derecho, nos muestra su doble moral reproducida desde la familia, la escuela y la religión principalmente.
- b. La desinformación promovida sutilmente por la ideología hegemónica, y la desinformación a partir de la falta de interés de las mismas personas, aunque también es interesante ver que aquella persona que tiene por verdad un mito, difícilmente buscara información, aunque excepciones hay.
- c. El temor a la sanción social y el castigo ante el desencajamiento de la norma social que muchas veces se basa en mitos, tabús y prejuicios. De ahí se comprenderá por ejemplo la discriminación exacerbada contra mujeres y hombres homosexuales.

Una de las tareas más importantes cuando se trabaja en temas de sexualidad es saber que las personas son portadoras de un saber sexual aprendido a lo largo de la vida, desde niños y niñas. La mayoría de las veces este saber sexual es un saber no reflexionado por las personas, y es un saber determinado por creencias y mitos fuertemente arraigados. El modelo hegemónico construido en relación a la sexualidad en nuestra cultura señala como principales mitos a:

• Mitos entre las madres y padres de familia	• Mitos entre las y los adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> - La sexualidad forma parte de la vida adulta de las personas. - Sexualidad y genitalidad son sinónimos. - El fin privilegiado es la reproducción. - El placer es para los varones o para las “malas mujeres”. - La masturbación es peligrosa, enferma a los adolescentes y jóvenes. - El pudor y “la pureza” son valores positivos en las mujeres quienes serán iniciadas en la vida sexual por su pareja varón. - La homosexualidad es concebida como una enfermedad o “desviación” de la sexualidad “normal”. - El embarazo es un problema solo de las mujeres. - Otros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Del tamaño que tienes el pie tienes el pene. - En tu primera relación sexual no quedas embarazada. - Entre más grande el pene mayor placer. - El hombre debe tomar la iniciativa en las relaciones sexual. - Las relaciones sexuales son una prueba de amor. - Si te masturbas con frecuencia, te crece el pene y te conviertes en enfermo sexual. - Las mujeres no se masturban jamás. - La ausencia de himen prueba que una mujer ya no es virgen. - La primera vez que se realiza coito debe ser por amor. - Un verdadero hombre no llora ni expresa sus sentimientos. - Las bebidas alcohólicas en hombres y mujeres ayudan con el deseo sexual. - La mujer que tiene muchas parejas, es una fácil. - El hombre que tiene muchas parejas es un macho.

A partir de estos mitos, además se crean tabús, como ser:

- No se debe y no se puede hablar de sexualidad en casa.
- No se explica de dónde y cómo vienen los niños.
- No se debe nombrar los genitales por sus nombres correctos, “porque dan asco y son malas palabras”.
- Se oculta y se evita todo lo relacionado con el cuerpo desnudo.

Por ello, es muy importante trabajar a partir de estos mitos y tabús ya que los mismos tienen una poderosa incidencia en cómo las personas significan y viven su sexualidad (es decir las maneras de ejercerla, concebirla, los afectos e ideas a ella asociada).

La sexualidad es un conjunto de condiciones anatómicas, psicológicas y afectivas que caracterizan a cada sexo. No obstante, la construcción de la sexualidad tiene que ver en su mayor parte con lo cultural y lo social, es decir, con las pautas y condiciones a las que diferenciadamente nos enfrentamos mujeres y hombres en la vida cotidiana. Romper mitos acerca de la sexualidad e impulsar la reflexión sobre ella significa transgredir ciertos estereotipos de género que de forma milenaria han sido yugo de mujeres y hombres, porque han girado en torno al deber ser y han definido la forma en que unas y otros se conciben como sujetos sociales.

El reto radica en internarse en los modos en que mujeres y hombres se conciben, se representan y se entienden a partir del ejercicio de su sexualidad, destacando las voces sociales que suelen atravesar sus decisiones y sus dilemas frente a la sexualidad. Levantar el velo de la mentalidad y encarar los conceptos sobre sexualidad como construcciones históricas en las que muchas veces el cuerpo y la sexualidad han sido medios de opresión humana, es una labor que todas y todos los implicados en la formación de las y los jóvenes debemos realizar, de forma que las nuevas generaciones sean cada vez más libres, pero a la vez más responsables, a través de la conciencia de sí mismas/os.

El ejercicio de nuestra sexualidad debería permitirnos alcanzar una vida más plena, con conocimiento de causa y en conciencia de las consecuencias de nuestros actos, debería permitirnos además gozar cada momento de nuestras vidas, incluyendo la genitalidad con todas sus consecuencias, debería servirnos también para planificar y tomar decisiones sobre nuestro futuro, siendo el conocimiento y la aceptación de nuestros cuerpos el comienzo de una vida en armonía con nuestra familia, comunidad y/o barrio.

Taller 2

• Sexualidad ¿Una mala palabra?

• Objetivo

Identificar y analizar los mitos y creencias referidos al ejercicio de la sexualidad, como barreras que limitan la vivencia plena de la SSSR y los DSDR.

• Presentación y desarrollo

1. Las y los participantes se presentarán, mencionando sus nombres y el nombre de un cuento o historia que le haya enseñado algo en sus vidas. A la conclusión de la ronda de presentación, se preguntará:

- ¿Esos cuentos son reales?
- ¿Puede haber cuentos que nos brindan enseñanzas negativas?
- ¿Un cuento es suficiente para orientar nuestra vida?

2. A continuación, se leerá la historia recopilada de Genaro Siñani (Ver material de apoyo 1) en torno al cual se analizará:

- Lo que opinan de esa historia ¿Es real?
- Si esa historia puede influir en nuestras vidas ¿Cómo?
- Lo positivo y negativo de la historia.
- Si hay historias con estas características respecto a la sexualidad ¿Cuáles?

3. La o el facilitador explicará el concepto de mito y tabú, el cómo estos se construyen y lo que implica en nuestra sexualidad, para ello retomará el análisis de las preguntas de presentación y de la historia andina.

4. Se trabajará con la técnica "Carrera de falsos y verdaderos". Se pedirá a toda/os ir al centro del salón. En lados opuestos del salón habrá dos carteles colgados uno con la inscripción "Verdadero" y otro con "Falso". La o el facilitador dará lectura una por una varias afirmaciones (ver lista mas abajo). A cada afirmación los participantes responderán con una carrera hacia el cartel que creen que corresponde la afirmación. Luego del "correteo" se analizará el porqué eligieron esa opción (se pedirá la opinión de al menos tres participantes por bando). La o el facilitador fortalecerá aclarando si la afirmación es falsa o verdadera y por qué. Entre las afirmaciones (todas son mitos), se trabajará:

- La sexualidad solo la viven las personas adultas.
- Sexualidad y sexo son lo mismo.
- El fin del sexo es solo para la reproducción (tener wawas).

• Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

• Materiales



- Mito andino
- Letreros vistosos de "falso" y "verdadero".

- El placer es para los varones y para las “malas mujeres”.
- La masturbación es mala y peligrosa especialmente en los adolescentes.
- La masturbación es prohibida y un pecado en las adolescentes y jóvenes.
- Una buena mujer no sabe nada de sexualidad antes del matrimonio.
- El hombre es quien debe enseñar a la mujer sobre la sexualidad.
- La mujer casada esta para cumplir con su deber de complacer al hombre .
- La homosexualidad es una “desviación”, un pecado y no es “normal”.
- Lo/as adolescentes no deben saber de sexualidad, porque se “despiertan” .
- Las parejas de 60 años o más ya no deben tener sexo.

5. Luego, se enunciará que, entre las y los adolescentes, también hay mitos, entre estos:

- Del tamaño que tienes el pie tienes el pene.
- En tu primera relación sexual no quedas embarazada.
- Los varones se inician sexualmente antes que las mujeres porque tienen más necesidades sexuales.
- El hombre es el único que debe tomar la iniciativa en el sexo.
- Si te masturbas con frecuencia, te crece el pene.
- Una mujer debe entregarse a su primer amor.
- En la primera vez de una mujer hay dolor y sangrado, es prueba de la virginidad.
- Un verdadero hombre no llora ni expresa sus sentimientos.
- Las bebidas alcohólicas potencian la erección y el deseo sexual.

6. Se recogerá impresiones de las y los participantes, tomando como referente:

- ¿Qué piensan de los mitos entre las y los adolescentes? ¿Estarán presentes estos mitos en la vida de nuestros hijos e hijas?
- ¿Se habla sobre estos mitos en los hogares? ¿si, no, por qué? ¿Qué se puede hacer para derribar estos mitos?

i. Los mitos y tabús en la sexualidad no solo no permiten el contar con información real, sino también pueden generar escenarios de vulneración de derechos como ser:

- Echar a la mujer toda la responsabilidad de un embarazo o de la definición de un método anticonceptivo.
- Violencia sexual en la pareja.
- Diferentes formas de violencia contra la mujer de todas las edades.
- Violencia simbólica contra el hombre que asume responsabilidad en las tareas del hogar.

ii. Romper con los mitos sobre la sexualidad no es ir contra “la moral y las buenas costumbres”, por el contrario, permite tener conciencia de la libertad y el poder de decisión sobre nuestros cuerpos, por tanto, es posible vivir con mayor responsabilidad y respeto.

• Ideas para la reflexión final



iii. Cuando los padres de familia se cobijan bajo algún mito o tabú y lo reproducen en los hijos es que están reflejando miedo en el abordaje de la sexualidad suya y la de sus hijos.

iv. Es bueno buscar ayuda en otras instancias especializadas en el tema, para el abordaje y la orientación con los hijos/as, que en muchos casos ya saben más que nosotros/as.

- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Evaluación del taller



a. Material de apoyo 1:

• Material de apoyo



Mito en la población de Pucarani, sobre el origen de la humanidad, de Genaro Siñani

“Hombres y mujeres descendemos del cóndor y el umantu (la mujer-pezu). El cóndor se enamora de la mujer-pezu (sirena andina) que salía a orillas del lago Titicaca. Enamoran y entre juego y juego se la lleva a su cueva ubicada significativamente en las alturas del Illampu. Tienen varios hijos, pero la mujer no está contenta con la alimentación. Pide ayuda al Lorenzo (el picaflor) quien la saca de su encierro. Los hijos, transformados en hombres y mujeres, también huyen de la cueva y se esparcen por todo el altiplano: son los primeros pobladores del espacio andino”.

Material de apoyo 2: Elaborar dos carteles grandes y vistosos. Uno de los carteles tendrá la palabra FALSO y el otro VERDADERO.

VERDADERO

FALSO

Tema 3

Sexualidad ¡Una expresión de vida plena!

· Lectura de apoyo



1. ¿Qué es la sexualidad?

Más de una persona y de distintas edades tienden a identificar la sexualidad como “relaciones sexuales coitales”, esta reducción nos hace perder de vista la amplitud e integralidad de la sexualidad, cuyo disfrute va desde el contemplar o sentir el aroma de una flor, hasta la emoción ante una caricia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2006) define la “sexualidad como un aspecto central del ser humano durante toda su vida y comprende sexo, género, identidades y roles, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Mientras que la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas se expresan o experimentan. La sexualidad está influenciada por la interacción de varios factores, como ser: biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, étnicos, legales, históricos, religiosos y espirituales”.

Este amplio concepto de la OMS, sugiere el conocimiento de los siguientes conceptos:

- i. **Sexo o sexo biológico:** Son las características físicas, genéticas y cromosómicas que hacen que una persona sea físicamente hombre, mujer o intersexual.
- ii. **Género:** Se refiere a diferencias en los roles y las relaciones sociales entre mujeres y hombres.
- iii. **Identidad de género:** Experiencia profunda de cada persona respecto al género, que puede o no corresponderse con el sexo que se le asignó al nacer o con la forma en que se espera que exprese su género. La expresión de género incluye la percepción personal del cuerpo (que puede suponer, si así se decide libremente, la modificación del aspecto o las funciones corporales por medios médicos, quirúrgicos o de otro tipo) y otras expresiones de género, incluida la forma de vestir, hablar y otras peculiaridades. La identidad de género de una persona puede ser masculina, femenina o de un género que no sea ni masculino ni femenino; también puede ser de más de un género o no tener género alguno.
- iv. **Norma de género:** Forma en que se espera que una persona se comporte en sociedad según su sexo físico, real o percibido, o su condición de hombre o mujer. Son normas de género comunes esperar que las mujeres sean más las que se ocupen de los niños y que los hombres sean más los responsables de los ingresos de la familia. Esta norma determina las oportunidades que cada persona tiene y permite la discriminación de los hombres y las mujeres que no se ajustan al modelo.
- v. **Estereotipos de género:** Son suposiciones generalizadas sobre cómo es o debe ser una persona a partir de una característica concreta. Los estereotipos de género son suposiciones sobre el valor de una persona basadas en su sexo biológico, su orientación sexual o su identidad o expresión de género. Pueden estar o no basados en hechos, y ser positivos o negativos.
- vi. **Orientación sexual:** Es la capacidad de una persona de sentir una atracción emocional y sexual hacia personas del mismo género, de otro o de más de un género, y de entablar relaciones íntimas y sexuales con ellas.

vii. **Relaciones sexuales:** Es el conjunto de comportamientos eróticos que realizan dos o más seres de distinto sexo o del mismo, y que generalmente suele incluir uno o varios coitos.

Otros conceptos intrínsecos a la sexualidad son:

- **Amor.** Es un sentimiento de afecto que se tiene hacia una persona, animal o cosa. El amor es la fuerza que nos impulsa para una vida en armonía con nosotros, con las personas que nos rodean (hijos, padres, parejas, compañeros, amistades), los seres vivos que nos rodean, con el universo, por ello es considerado un valor que se debe promover y sostener a lo largo de nuestras vidas. También hace referencia a un sentimiento de atracción emocional y sexual que se tiene hacia una persona.

- **Placer.** Es un sentimiento de bienestar intenso, por lo general pasajero, es estar en contacto con nosotros(as) mismos(as), es sentirnos a gusto con nuestro cuerpo y con los demás. Las relaciones sexuales son una forma especial de obtener placer; esto permite aumentar nuestras capacidades como seres humanos/as. Por ello debemos aprender a conocernos y saber lo que sentimos. El placer está muy relacionado con el lívido y nuestra capacidad erótica.

- **Erotismo.** Es la capacidad de sentir y hacer sentir deseo sexual, a través de un lenguaje erótico que no tiene una característica específica e involucra todos y cada uno de nuestros sentidos, son conductas y actitudes como caricias, besos, abrazos, movimientos, bailes, gestos, formas de vestir, en si todo lo que vivimos por medio de nuestra piel, lo que vemos, olemos, escuchamos, saboreamos, palpamos o pensamos. En el amor de pareja, se expresa, en todo acto que antecede a la relación sexual (juegos o caricias, etc.).

El erotismo involucra a la persona de forma íntegra: física y psicológicamente. Depende directamente de la personalidad de cada uno, no solo de sus gustos o preferencias, sino de su condición socioeconómica, el tipo de cultura que tenga, las costumbres familiares, las prácticas religiosas, la ubicación geográfica entre otros.

Se tiende a confundir erotismo con pornografía porque se ve erróneamente al erotismo como algo malo. El erotismo es parte de nuestra sexualidad y personalidad, por ello, es importante conocernos, descubrir lo que nos da placer, cómo y con qué nos sentimos más a gusto con nosotros/as mismos/as.

- **Actividad sexual.** Es el conjunto de acciones consentidas que producen excitación, placer erótico y gratificación del deseo; esas acciones pueden o no culminar en el orgasmo. La actividad sexual puede ser:

- **Autoeróticas,** las que realiza la persona sola (ejemplo: fantasías sexuales, la masturbación).

- **Socioeróticas,** varias formas de contacto físico y prácticas de estimulación que realiza la persona con otra u otras personas. Estas actividades pueden ser, o no, penetrativas.

- **Sin penetración,** prácticas de seducción y conquista; las caricias del cuerpo sin llegar a la introducción de objetos, dedos, lengua o genitales en el cuerpo de la otra persona.

- **Con penetración,** incluyen diferentes modalidades de prácticas coitales vaginales, orales o anales usando los dedos, objetos (p.ej. vibradores) o el pene.

- **Orgasmo.** Es el punto culminante o de mayor satisfacción de la excitación sexual en las zonas erógenas o sexuales de mujeres y hombres. Los orgasmos generalmente resultan de la estimulación sexual física del

pene en los hombres (acompañando a la eyaculación), y del clítoris en las mujeres. La estimulación sexual puede ser por práctica propia (masturbación) o con una pareja sexual (relaciones sexuales con o sin penetración, u otra actividad sexual erótica).

2. La sexualidad desde el enfoque sistémico

Las personas tenemos y desarrollamos variadas formas para expresar y vivir la sexualidad. Hacemos muchas cosas relacionadas estrechamente a la sexualidad, como: bailar, hablar, tocar, mirar, besar, fantasear, abrazar, tener coito, hacer poemas de amor o eróticos, establecer pareja, expresar amor, procrear, etcétera. Todas estas actividades o prácticas juegan un papel importante y expresan las dimensiones de la sexualidad. El sexólogo Eusebio Rubio Auriolos, plantea cuatro holones o totalidades que son componentes sexuales que permiten una conceptualización integral de la sexualidad, son indivisibles y constituyen las partes, elementos o subsistemas de la sexualidad. Los holones son resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal.

a. La reproductividad

Se enfoca en el aspecto biológico, sin embargo, también tiene elementos psicológicos y sociales que se refieren a la reproducción de construcciones mentales respecto a esta posibilidad humana, que no se limitan a la concepción y embarazo, sino que tienen que ver con las funciones de maternidad y paternidad, con políticas de población, la anticoncepción, etc., las cuales se deben tener en cuenta para poder hablar de la reproducción del ser humano.

b. El género

Este holon permea toda la existencia humana, se define como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos y valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y hombres, como producto de un proceso histórico y de construcción social. Tiene que ver con una serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: femenina y masculina, así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias.

Si bien el párrafo anterior es un importante aporte del Dr. Rubio, en la actualidad se cuenta con la Teoría Queer que es un conjunto de ideas sobre el género y la sexualidad humana que sostiene que los géneros, las identidades sexuales y las orientaciones sexuales no están esencialmente inscritos en la naturaleza biológica humana, sino que son el resultado de una construcción social, que varía en cada sociedad.

Según Paul Preciado (uno de los gestores de la teoría queer) las normas binarias impuestas o normas de género tradicionales, son rígidos patrones de masculinidad y feminidad considerados “naturales” que homogenizan los comportamientos sin respetar las singularidades. Como contrapartida, Preciado propone la “contra-sexualidad” como un manifiesto contra cultural y contra sexualidad dominante, que busca romper con esos patrones apelando a una “queerización” de la naturaleza. También considera al “sexo” y al “género” como “tecnologías” del cuerpo socialmente construidas.

c. El erotismo

Es la dimensión humana que resulta de la potencialidad de experimentar placer sexual. También es la potencialidad personal de producir y comunicar una forma especial de placer: deseo, excitación y orgasmo. Incluye fenómenos mentales (ideaciones, fantasías, recuerdos) asociados a dicho placer. Lo erótico puede o

no incluir la reproductividad.

d. La vinculación afectiva interpersonal

Se refiere a la capacidad de los seres humanos de desarrollar afectos intensos (resonancia afectiva) ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se deriven.

La sexualidad se expresa en todo lo que hacemos, en nuestra forma de pensar, de sentir y de actuar, cada persona vive su sexualidad de manera diferente.

Lo hasta aquí citado permite comprender que la sexualidad:

- Es una parte importante, placentera y natural de la vida. Es una forma de comunicación y una fuente de placer, salud y ternura que se expresa con abrazos, besos, miradas y mimos.
- Se manifiesta en las emociones, los comportamientos, lo que aprendemos sobre los modelos de ser hombre, mujer u otros géneros, como nos comunicamos y expresamos en sociedad, todo esto se expresa en el plano individual como en el social.
- Se concreta en cada persona desde que nace y evoluciona en cada ciclo de vida de manera distinta, con diversas manifestaciones, no solo en el ámbito biológico, de las relaciones sexuales o el sentido social asignado a la pareja, sino que cobra sentido en la medida que se integra con la afectividad y los vínculos, y con una serie de valores que permiten una fundamentación del desarrollo integral.
- Todas las formas de expresar la sexualidad pueden ser satisfactorias y placenteras, pero a menudo la sexualidad está muy condicionada por las expectativas de género, por malos entendidos y por manifestaciones de poder, que limitan estas expresiones.
- Vivir la sexualidad de forma placentera, responsable y segura es parte de nuestros derechos humanos. Somos

3. Otra mirada sobre la sexualidad

María Galindo refiere que la sexualidad “es la experiencia personal de nuestro cuerpo en todos los espacios de la sociedad. Es la forma como vivo, siento y experimento mi propio cuerpo en una determinada sociedad. La forma como vivo y experimento mi cuerpo con relación a los otros cuerpos. La sexualidad es una experiencia personal, donde no cabe ningún molde ni modelo. No se trata de encajar en un modelo o en una forma de vivir tu cuerpo, sino de entender y conocer cómo lo estás viviendo tú. Esa vivencia no es una fórmula, porque no hay una única forma de sentir el cuerpo”.

Permite comprender que la sexualidad es una experiencia personal de cómo vivimos, pensamos y sentimos desde nuestros cuerpos, influenciada por muchos factores a lo largo de nuestras vidas. Así podemos comprender también que la sexualidad que viven hombres y mujeres u otros géneros no es la misma, como tampoco lo es la sexualidad de una mujer indígena campesina con la de una mujer de clase social “alta”. También será distinta la sexualidad que viva una mujer a quien de niña se le enseñó a conocer, valorar y respetar su cuerpo, que una mujer a quien se le enseñó que del cuerpo no se habla, que la palabra vagina o pene son palabras malas o “cochinas”.

4. La construcción de la sexualidad

Teniendo presente que la sexualidad la empezamos a construir desde el momento de nuestro nacimiento, Galindo nos plantea que nuestras primeras experiencias nos impactan tanto, que de una manera inconsciente nos acompañan toda la vida, entonces, nuestros primeros años de vida hasta los 6 o 7 años son cruciales para crear los cimientos sobre los que se ira construyendo nuestra sexualidad, por ello, un ejercicio importante como personas adultas es tratar de recordar o investigar cómo fue nuestro desarrollo en esta primera etapa:

- El cuerpo y la forma como vamos descubriendo la existencia de nuestro propio cuerpo.
- Las sensaciones más fuertes, los placeres más intensos que experimentamos durante esos primeros años.
- Nuestra relación con las personas que nos han criado, que nos han cuidado.
- Los hábitos y las costumbres durante nuestra niñez.
- El momento y la forma como hemos descubierto la diferencia sexual entre hombres y mujeres.
- La forma como hemos entendido esa diferencia sexual y la forma como nos han planteado esa diferencia.

Cada detalle en esta primera etapa es fundamental para nuestra sexualidad, el ejemplo trillado de negar a una niña el jugar con un balón de futbol y al niño jugar con una muñeca, encierra mensajes y normas de cómo debe ser una niña o un niño.

Taller 3

Sexualidad ¡Una expresión de vida plena!

• Objetivo

Conocer y comprender la sexualidad como una vivencia natural que abarca toda nuestra vida.

• Presentación y desarrollo

1. Se construirá un dado y cada lado tendrá: “mi plato favorito es...”, “lo que más me gusta hacer es...” “mi primer amor fue a mis ...años”, “la parte de mi cuerpo que me desagrada es...”, “mi primera wawa nació a mis ...años” y “en el amor soy una persona...”. Cada participante lanzará el dado y deberá dar su nombre, junto a una respuesta a la frase que salga.

2. Se pedirá conformar parejas, a quienes se entregará una lámina. Cada pareja luego de un momento, presentará al grupo la descripción de la lámina que le toco, además de describir lo que estarán pensando y sintiendo los personajes de las láminas (ver material de apoyo).

3. Luego que todas las parejas hayan presentado su descripción, se preguntará:

- ¿Hemos vivido experiencias similares en nuestra vida? ¿Pocas, muchas?
- ¿Qué imágenes hacen referencia a la sexualidad y cuáles no?

4. Con la primera pregunta se recogerá opiniones a través de la “lluvia de ideas”. La segunda pregunta servirá para dar la consigna de que, en el mismo círculo del grupo de trabajo, las parejas que consideran sus láminas relacionadas con la sexualidad, se vayan a un lado del círculo; quienes no consideran sus láminas relacionadas con la sexualidad, se quedaran en el otro lado del círculo. Luego se preguntará a cada pareja: ¿Por qué su lámina está o no está relacionada con la sexualidad?

5. Luego de que todas las parejas hayan participado, se preguntará a todo el grupo para que participen con “lluvia de ideas”:

- ¿Los personajes de las láminas son iguales? ¿Si, no, por qué?
- ¿Los personajes de las láminas vivirán la misma vida? ¿Si, no, por qué?
- ¿Qué es la sexualidad? las respuestas se anotarán en un papelógrafo que servirá para el siguiente paso.

6. La o el facilitador explicará que todas las experiencias de las láminas forman parte de la vivencia de la sexualidad y que esta no se reduce al acto sexual. Se

• Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

• Materiales



- Un dado de proporciones relativamente grandes
- Láminas (tamaño oficio)
 - Papelógrafo
 - Marcadores
 - Masquin

explicará el concepto de la sexualidad según la OMS (ver material de lectura), los holones de la sexualidad.

7. Se colocarán todas las láminas en el suelo, se pedirá a las y los participantes que puedan observar detenidamente por un minuto, luego preguntara: ¿En cuáles láminas hay imágenes donde se experimenta placer?

8. La o el facilitador alzará las láminas que las y los participantes consideran que expresan placer, luego preguntará:

- ¿Por qué las imágenes que se quedaron en el suelo no expresan placer?
- ¿Por qué las imágenes seleccionadas expresan placer?
- ¿Qué es el placer?

9. Se explicará el concepto de placer y como este también forma parte del concepto de sexualidad. Seguidamente, se mencionará que las láminas 1, 3, 6, 8, 13 y 16 son las que expresan placer. Se explicará también los conceptos de sexo, género, erotismo y actividad sexual.

- i. La sexualidad la vivimos desde que nacemos hasta que morimos.
- ii. La sexualidad se expresa a través de nuestras actitudes, comportamientos, vestimenta, forma de relacionarnos con los demás, y por su puesto a través de nuestro cuerpo.
- iii. La sexualidad es una construcción social, porque en su formación intervienen la cultura, la sociedad, la religión, los roles de género.
- iv. No hay una única sexualidad, por el mismo hecho de que las personas somos diferentes y estamos en distintos lugares y tiempos.

- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Ideas para la reflexión final



• Evaluación del taller



Material de apoyo 1: 16 láminas con imágenes (Wawa lactando; Pareja bailando música andina; Pareja en intimidad; Mujer erótica; Hombre erótico; Niño y una niña jugando; Pareja de adolescentes agarrados de las manos; Pareja de adultos besándose; Hombre provandose ropa para comprar; Pareja de ancianos besándose; Padre o madre gritando a su hija e hijo por el genero; Mujer riendo a carcajadas; Hombres conversando amenablemente; Padre cargando a su wawa recién nacida; Madre pariendo; Pareja comiendo).

- **Video:** La situación del clítoris en Cochabamba": <https://www.youtube.com/watch?v=xA0nAJ7dfKQ>

Si hay la posibilidad de contar con más tiempo se trabajara con el video "Clítoris", con el que se trabajará:

- Opinión sobre el video
- ¿Lo que les gusto y lo que no del video?
- ¿Qué palabras les fueron incomodas y por qué?

Este video permite abordar la amplitud de la sexualidad, a partir de palabras y prácticas que la sociedad boliviana considera tabú.

• Material de apoyo



• Variaciones





SEXUALIDAD
SIN
VIOLENCIA

LOS D.S.D.R.
SON DE TODAS

S.S. y S.R.
PARA LA
VIDA

CRECER
CON
IGUALDAD

SALUD
SEXUAL
PLENA

Módulo 2

*• Derechos Sexuales y
Derechos Reproductivos para
la vivencia plena de la Salud
Sexual y Salud Reproductiva*

· Módulo 2: Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos para la vivencia plena de la Salud Sexual y Salud Reproductiva

Objetivo: Fortalecer en las y los participantes conocimientos, comportamientos y estrategias saludables a partir del reconocimiento de los DSDR como los más humanos de los derechos para la vivencia de la SSySR, en el marco de la salud integral.

Capacidades a fortalecer y/o desarrollar

- Las y los participantes:
 - Conocen e identifican a la SSySR como parte de la Salud Integral.
 - Se informan, conocen y reconocen la importancia de ejercer los DSDR como medio para la vivencia plena de la SSySR.
 - Identifican estrategias que fortalecen el ejercicio de los DSDR, en la pareja, la familia y la comunidad.
 - Reflexionan sobre el cumplimiento de los derechos de las y los adolescentes respecto a la atención de los servicios de salud, como un factor que interviene en el ejercicio de la SSySR.

Talleres Ejes de trabajo

1. La Salud Sexual y Salud Reproductiva desde un Enfoque Integral

- Percepciones sobre Salud Integral y Salud Sexual y Salud Reproductiva
- Características de la Salud Integral y la SSySR.
- Factores que fortalecen y/o entorpecen la practica adecuada de la Salud Integral y la SSySR, en la pareja, la familia y la comunidad.

2. Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, los más humanos de los derechos

- El sentido de derecho, identificación de lo que es un derecho, derechos que conocen, derechos que se vulneran.
- Auto reconocimiento como sujet@s de derechos.
- Derechos humanos y su relación con los DSDR.
- Conocimiento de los DSDR.

3. Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en la pareja, familia y comunidad

- Identificación de los principales DSDR ejercidos y vulnerados en la pareja, familia y comunidad.
- Problemáticas en la pareja y familia (con l@s hij@s) que se genera en torno al desconocimiento o mal ejercicio de los DSDR.
- Acciones para fortalecer el ejercicio de los DSDR desde lo individual, la pareja, familia y comunidad.

4. Los Derechos de las y los adolescentes en los Servicios de Salud

- Situación de los las y los adolescentes respecto a los DSDR.
- Los servicios de salud a los y las adolescentes.
- Factores que impiden el acceso de adolescentes a los servicios de salud
- Identificación de las fortalezas y debilidades de la AIDAJ.

Tema 1

La Salud Sexual y Salud Reproductiva desde un Enfoque Integral

· Lectura de apoyo



1. La Salud Integral

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

Entonces, nuestra salud es mucho más que el bienestar físico, es la forma en la que desarrollamos nuestra vida, el tipo de relaciones que establecemos y el tipo de actividades que realizamos. Desde un análisis del concepto de salud integral, existen aspectos que deben ser considerados, estos son: Aspecto biológico, relacionado con el buen estado de nuestro cuerpo, esto incluye lo relacionado con la sexualidad y la salud reproductiva. Aspecto psicosocial, relacionado con el estado psicoafectivo, emocional, de las relaciones interpersonales y el contexto social, cultural, medioambiental y económico en el que nos desarrollamos. Este enfoque integral nos permite comprender la importancia de cuidar, prevenir y desarrollar estilos de vida saludables para el logro de una mejor calidad de vida.

2. Salud Sexual y Salud Reproductiva

El concepto de Salud Sexual y Salud Reproductiva es definido por el UNFPA como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de las personas respecto a la sexualidad y la reproducción”.

i. Salud Sexual

La Salud Sexual es definida por WAS (World Association For Sexology) como un “Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud Sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos”.

ii. Salud Reproductiva

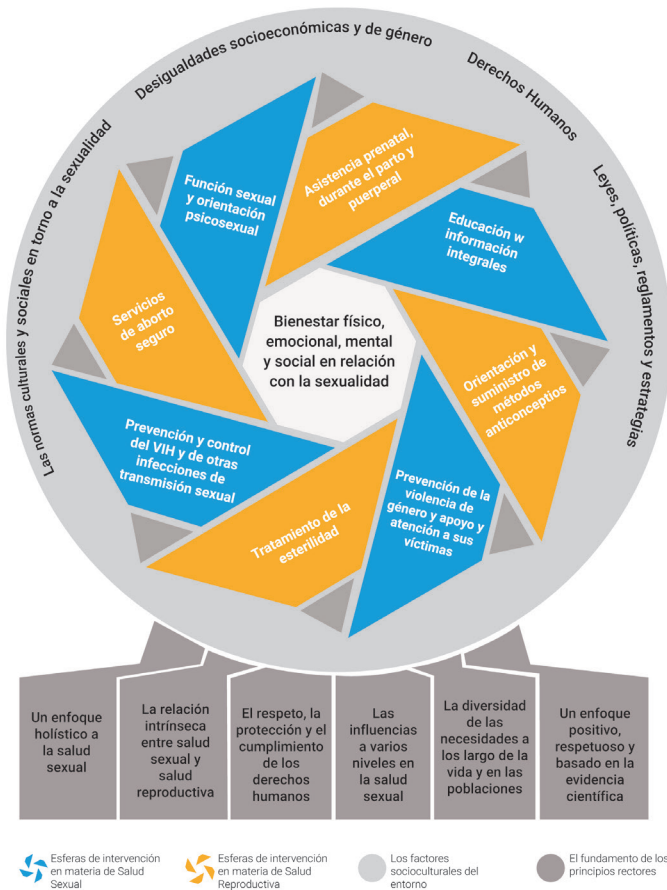
El UNFPA define a la Salud Reproductiva como un “Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para poder decidirlo hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia”. Además, establece como objetivo de la Salud Sexual- “El desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual”.

La Salud Sexual no abarca la totalidad de la Salud Reproductiva, ni viceversa, sino que ambas se encuentran íntimamente relacionadas.

3. Marco operativo de la Salud Sexual y sus vínculos con la Salud Reproductiva

La OMS elaboró un marco operativo (ver figura 1), en cuyo centro está el objetivo último de la salud sexual: el logro del bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad. En ciertos entornos y para determinadas poblaciones, algunos aspectos fundamentales de este objetivo se podrían pasar por alto al considerar la salud sexual junto con la salud reproductiva o en la esfera de esta. Por tanto, el objetivo del marco es aplicar la amplia definición de trabajo de salud sexual establecida por la OMS para que se le preste plena atención en la programación y la investigación y se diferencie de la salud reproductiva, para todas las poblaciones y en todos los lugares.

Figura 1: Rosetón de la Salud Sexual y Salud Reproductiva



Fuente: OMS 2018, "La salud sexual y su relación con la salud reproductiva": un enfoque operativo

El marco gráfico separa los componentes de la definición y los relaciona entre sí en tres niveles:

- **El fundamento de los principios rectores:** se trata de seis principios transversales fundamentales que se muestran en la parte inferior del marco gráfico. Estos principios se deben incorporar en todas las intervenciones relacionadas con la salud sexual (y la salud reproductiva) y también pueden servir como criterios de evaluación con los que valorar tales intervenciones.
- **El rossetón de las intervenciones relacionadas con la salud sexual y salud reproductiva:** los dos grupos de intervenciones están representados mediante colores distintos en cintas entrelazadas, formando un rossetón

(el azul para la salud sexual y el amarillo para la salud reproductiva). Así, se quiere demostrar que, a pesar de ser distintas, ambas están unidas.

- Los factores socioestructurales del entorno: el sombreado circundante representa el contexto cultural, socioeconómico, geopolítico y jurídico reinante en los lugares donde viven las personas, que influye en las intervenciones relacionadas con la salud sexual y en sus resultados.

4. Factores que fortalecen y/o entorpecen la vivencia adecuada de la Salud Integral y la SSySR, en la pareja, familia y comunidad

Factores que fortalecen	Factores que entorpecen
-------------------------	-------------------------

b. Factores que fortalecen y/o entorpecen la Salud Sexual y Salud Reproductiva en la comunidad

• Factores que fortalecen	• Factores que entorpecen
<p>Ámbito biológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centros de Salud se encuentran dotados idóneamente con la infraestructura, el equipamiento, los insumos y personal de salud suficiente y necesaria. - Hábito de control periódico de la salud. - Conocer los servicios que brinda el centro de salud de la comunidad. <p>Ámbito psicosocial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El buen trato del personal de salud. - Visibilizar los problemas de salud en la comunidad. - Generar espacios de encuentros intergeneracionales, deportivos, artísticos, culturales. - Participación activa de la comunidad en la toma de decisiones en el tema de salud. - La información y formación de las y los dirigentes comunales. - La prevención y atención de la violencia contra grupos vulnerables. 	<p>Ámbito biológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de enfermedades prevalentes. - Desconocimiento de los Derechos a la salud, los derechos sexuales y los derechos reproductivos. - Centros de salud sin infraestructura y equipamiento necesario. - Escaso personal de salud para la atención. - Centros de salud alejados de la comunidad. <p>Ámbito psicosocial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La poca empatía del personal de salud. - Venta y expendio de bebidas alcohólicas. - Complicidad de la dirigencia para socapar casos de violencia. - Normas sociales que limitan el ejercicio de la SSySR. - Limitada participación de las mujeres. - Las religiones fundamentalistas y la concepción de la cultura como un elemento estático e inmutable.

Taller 1

La Salud Sexual y Salud Reproductiva desde un Enfoque Integral

• Objetivo

Identificar y conocer la Salud Sexual y Salud Reproductiva como componentes de la salud integral.

• Presentación y desarrollo

1. Se formará un círculo con las y los participantes, se entregará un globo que debe pasar por cada persona, quien a su vez debe decir su nombre; la última persona debe lanzar el globo al aire gritando el nombre de cualquier participante, quien deberá correr y evitar que el globo caiga, si no lo logra tienen penitencia.

2. La o el facilitador pegará los papelógrafos con las figuras de hombre y mujer en la pared o pizarra (ver material 1), y realizará las siguientes preguntas:

- ¿Qué necesita una mujer para estar bien de salud?
- ¿Qué necesita un hombre para estar bien de salud?

3. Las respuestas y opiniones de las y los participantes serán anotadas en los papelógrafos, dentro el primer círculo. Al no tener mayores aportes, se preguntará:

- ¿Qué más necesitan las mujeres y hombres para estar bien de salud?
- Si una persona es golpeada o insultada ¿está bien de salud?
- Si en la comunidad hay muchos casos de violencia contra las wawas, mujeres o casos de feminicidio ¿estamos bien de salud?
- Si en nuestra comunidad aumenta la contaminación ambiental ¿Estamos bien de salud?
- ¿Si una persona se ve bien físicamente, quiere decir que tiene buena salud?

4. La o el facilitador reforzará esta parte, con la presentación y explicación de lo que es la Salud Integral y de la tarea que tenemos todas las personas para lograrlo.

5. Posteriormente se retomará los papelógrafos con las figuras de hombre y mujer, para trabajar en el segundo y tercer círculo los conceptos de Salud Sexual y Salud Reproductiva respectivamente. La o el facilitador realizará las siguientes preguntas:

- ¿Qué es la salud sexual para las mujeres?
- ¿Qué es la salud sexual para los hombres?

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Papelógrafos
- Marcadores
- Masquing
- Globo
- Historias de vida

- ¿Qué es la salud reproductiva para las mujeres?
- ¿Qué es la salud reproductiva para los hombres?

6. La o el facilitador registrará los aportes en los respectivos círculos de los papelógrafos. Una vez terminada la participación, se procederá a la explicación de los conceptos de salud sexual, salud reproductiva y la importancia para promover la salud integral como mujeres, hombres, parejas y, con nuestras wawas.

7. Para finalizar esta primera parte la o el facilitador preguntará:

- ¿Quiénes son responsables de promover una Salud Integral, SSySR? y ¿Qué deben hacer?

8. Las respuestas serán registradas en un papelógrafo, con la matriz 2 (ver material 2). Se debe hacer el esfuerzo para que las y los mismos participantes se identifiquen como actores de cambio.

9. Posteriormente se dividirá a los participantes en 7 grupos o en parejas, para luego entregarles una "historia de vida y notas periodísticas", en la que deberán identificar "los principales factores que entorpecen y/o favorecen el ejercicio de la SSySR" (ver material 3).

10. Se solicitará que cada grupo o pareja presente su trabajo, considerando el análisis a través de la siguientes pregunta:

- ¿Qué elementos o situaciones de la historia o nota periodística favorece o entorpece el ejercicio de la SSySR en el marco de la Salud Integral? ¿Por qué?

11. Luego de la participación del grupo, se pedirá otros aportes al pleno para finalmente destacar el principal factor que entorpece o favorece la vivencia de la SSySR.

i. La salud no solo es ausencia de enfermedades. La salud implica toda nuestra vida, por tanto, requiere de nuestra participación comprometida de acciones individuales y colectivas.

ii. La Salud Sexual como garantía para el ejercicio pleno y responsable de la sexualidad; y la Salud Reproductiva como la garantía de poder decidir sobre nuestra reproducción.

iii. La salud integral como un derecho humano fundamental garantizado por el Estado, los gobiernos, las autoridades comunitarias y la participación desde la población en general.

• Ideas para la reflexión final



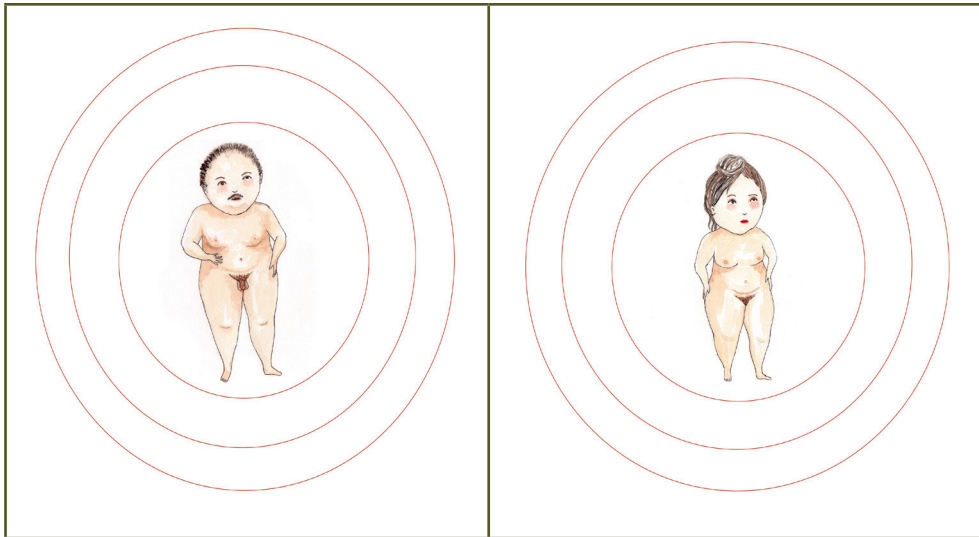
- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Evaluación del taller



a. **Material 1:** Figura de un hombre y otro con la figura de una mujer (cada uno debe estar dentro de tres círculos uno cerca de la figura y los otros más alejados).

• Material de apoyo



b. **Material 2:** Matriz de trabajo.

• ¿Quién es responsable?	• ¿Que deben hacer?
- 1.	
- 2.	

c. **Material 3:** Historias de vida y notas periodísticas.

Caso 1: Mujer y descuido de su embarazo

María es una madre de 25 años de edad, tiene tres hijos que nacieron en su casa y ahora está embarazada del cuarto hijo. En el quinto mes de embarazo el esposo de María abandono a su familia por otra pareja. María estaba muy triste y trato de provocarse un aborto con mates, no se alimentaba bien y realizaba trabajos pesados, sin embargo, no logro lo que quería. El día del parto, María dio a luz a una bebita muy desnutrida y débil, lo peor de todo es que María también estaba muy débil lo que le provoco un sangrado que ni la partera puede controlar.

Caso 2: Cáncer de cuello uterino**El Cáncer de cuello uterino no cede en Bolivia y ataca a las mujeres más pobres**

La Paz, 14 de mayo de 2018 (Urgentebo).- Las mujeres de escasos recursos económicos son las que más pueden tener cáncer de cuello uterino. "Esto se debe a la mala alimentación, higiene y falta de atención a las pruebas como el papanicolau". Bolivia es el segundo país, luego de Haití con más casos de este cáncer en América. Entre las principales causas está el exceso de embarazos o abortos, pues con estas prácticas se lastima el cuello uterino, además que la mujer tiene defensas bajas por la mala alimentación, "la mujer de clase baja no tiene los recursos económicos para conseguir preservativos, es decir, que se embarazará más que las otras mujeres y empeorará su economía en el caso de tener un hijo o varios a temprana edad perdiendo oportunidades de superación, estudios y laborales". Solo el 17% de mujeres bolivianas se realiza la prueba del Papanicolau en toda su vida. Más del 80% de mujeres detectan demasiado tarde cuando el cáncer ya está en una fase avanzada y cuando ya no sirven los tratamientos.

Caso 3: Mujer y uso de anticonceptivos**Bolivia capacita a personal de salud y realiza campaña de métodos anticonceptivos modernos en el Hospital de la Mujer en La Paz. La Paz, 10 junio de 2019 (OPS/OMS)**

Miles de mujeres bolivianas necesitan de las orientaciones del personal de salud sobre la efectividad de los métodos anticonceptivos modernos (MAC) de los que se dispone en la actualidad. Se observa una serie de beneficios por el uso de métodos anticonceptivos modernos y el control de la fertilidad. Entre ellos la protección de la vida de las mujeres: al evitar embarazos no deseados y abortos practicados en condiciones de riesgo; permite el espaciamiento entre uno y otro embarazo de por lo menos dos años, que ayuda a las mujeres a recuperarse del embarazo anterior, a tener hijos más sanos, un aumento en la probabilidad de sobrevivencia infantil una contribución en la reducción de la mortalidad materna. Por otro lado, los MAC contribuyen a la protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA, utilizando la doble protección (uso simultáneo de condón y otro MAC).

Caso 4: Homosexualidad y discriminación**Un ataque homofóbico genera repudio y pedidos de justicia en Bolivia**

La Paz, 27 ene 2021 (EFE).- El ataque homofóbico sufrido por dos personas de la comunidad Trans, Lésbico, Gay y Bisexual (TLGB) de Bolivia generó repudio y pedidos para que el suceso sea investigado.

Marco, que es gay, y Devi, que está en proceso para ser una mujer trans, fueron atacados por tres hombres al salir de una reunión el pasado sábado en la ciudad de El Alto, vecina de La Paz, explicó a Efe. Los agresores "no tuvieron ningún tipo de razón para atacarlos", lo hicieron solo "por su apariencia", denunció Vargas (representante), quien también lamentó el "odio" que prevalece "hacia la diversidad sexual". Los jóvenes acabaron con cortes y golpes en la cabeza e incluso Marco corre el riesgo de perder un ojo si no se somete a una cirugía, indicó.

Caso 5: Hombres “Machos y fuertes”

Juan tiene 45 años de edad, es un padre de tres hijos y dos hijas, es jefe de hogar donde se hace lo que él dice, ni siquiera su esposa puede contradecirle. Para Juan todo debe “hacerse como antes” por tanto eso de ir al hospital por alguna enfermedad “son tonteras” prefiere sus mates y fricciones. Un día Juan se puso mal, tanto que le costaba pararse y tampoco podía orinar, aun así, se hizo a los fuertes y no dejó que nadie se diera cuenta, se tomó un mate y tuvo algo de calma en el dolor.

La siguiente semana el dolor empeoró tanto que, aunque no quiso, su esposa lo llevó al hospital, donde después de los análisis le dijeron que posiblemente tenga cáncer de próstata y que era necesario otros análisis.

Caso 6: Embarazo en la adolescencia

¿Por qué Bolivia es el país con mayor cantidad de embarazos adolescentes en América Latina? (BBC Mundo, 5 abril 2017)

Bolivia es, por amplio margen, el país de toda Latinoamérica donde más embarazos adolescentes se producen. No se trata solamente de un problema de falta de información y educación sexual para adolescentes, o de poco acceso a métodos anticonceptivos.

Estadísticas señalan que las menores cada vez están más expuestas a ser víctimas de trata de personas con fines de explotación sexual, violencia de género, violaciones, secuestros y otros delitos que agudizan el problema del embarazo adolescente en Bolivia y el resto de la región. El más reciente informe sobre el “Estado de la población mundial”, del Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA), señala que la tasa de natalidad en mujeres entre 15 y 19 años en Bolivia es de 116 por cada 1.000 en ese país.

Caso 7: La religión y el uso de anticonceptivos

María tiene 35 años y Juan 38 años de edad, la pareja ya tiene 7 hijos y las condiciones de vida son muy ajustadas. Entonces, María se arma de valor y le pide a su esposo que la acompañe al Centro de Salud para informarse sobre métodos anticonceptivos, Juan se enoja y le dice que “hacer eso es ir en contra la voluntad de dios”, además que quienes usan esos métodos, son las personas infieles. María se queda triste y pensando que “a dios no le gustaría que las wawas vengan al mundo para sufrir y pasar hambre”.

- Para este trabajo, se puede hacer uso de la técnica “la pelota preguntona”.

· Variaciones

Tema 2

Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, los más humanos de los derechos

• Lectura de apoyo



1. Derechos Humanos

Son los derechos inherentes a nuestra naturaleza y sin los cuales no podemos vivir como seres humanos. Son libertades, expresiones, acciones que la sociedad y las leyes nos reconocen a todas las personas solo por el hecho de ser seres humanos, siempre y cuando no vayan en contra de otras personas. Es decir, es la capacidad jurídica de realizar actos en busca del mejoramiento del nivel de vida de la persona. Los derechos humanos tienen el carácter de ser:

- i. **Universales:** Que se aplica (o debería) aplicarse a todas y todos los seres humanos sin distinción de ninguna índole.
- ii. **Inalienables:** Que son irrenunciables.
- iii. **Indivisibles:** Que no se pueden separar uno del otro, y uno no es más importante que otro, no hay una clasificación de qué derecho prima sobre otro.
- iv. **Interdependientes:** Que todos los derechos humanos están vinculados.
- v. **Progresivos:** Que tienden a avanzar, es decir, que lo conquistado ya no puede retroceder, ni puede prescribirse, ni en su eficacia, ni en los procedimientos para conservarlo y cumplirlo.
- vi. **Imprescriptibles:** Que tienen permanencia en el tiempo, por lo que no pueden desaparecer o cesar en su reconocimiento.

La Generación de los Derechos:

• Generación	• Tipo de Derechos	• Valor que defienden	• Función principal	• Ejemplos
Primera	Civiles y Políticos	Libertad	Limitar la acción del poder. Garantizar la participación política de las ciudadanas y los ciudadanos.	Derechos Civiles: Derecho a la vida, a la Libertad, a la Seguridad, a la Propiedad. Derechos Políticos: Derecho al voto, a la Asociación, a la Huelga.

Segunda	Económicos, Sociales y Culturales	Igualdad	Garantizar condiciones de vida dignas para todos y todas.	Derecho a la Salud, a la Educación, al Trabajo, a una Vivienda Digna.
Tercera	Justicia, paz y solidaridad	Solidaridad	Promover relaciones pacíficas y constructivas.	Derecho a un Medio Ambiente limpio, a la Paz, al Desarrollo.

Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos son de data reciente en relación a estas generaciones de derechos, no obstante, al ser derechos íntimamente relacionados con los derechos de todas las generaciones y ser inherentes a todas las personas como derechos transversales e interdependientes, están vinculados con los derechos de la primera, segunda y tercera generación.

2. Ser sujeto de derechos

Significa ser titular de derechos y al mismo tiempo, tener la capacidad real para su ejercicio. Sin embargo, en la práctica muchas veces estos dos componentes que conforman el concepto de ciudadanía se contraponen: al mismo tiempo que se afirma la titularidad de derechos sobre grupos que antes estaban excluidos, muchos sectores de la población se ven impedidos de ejercerlos por diversos motivos sociales, económicos, políticos, jurídicos o culturales.

3. Derechos Humanos, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Los DSDR son Derechos Humanos basados en la libertad, dignidad e igualdad, son inherentes a todas las personas, por ello comparten los mismos principios: Son universales porque incluyen a todos los seres humanos desde su nacimiento. Son indivisibles en tanto se viven y actúan de un modo conjunto e integral. Son inalienables debido a que no pueden ser despojados o negociados. Son progresivos pues, siempre es posible extender el ámbito de su protección; y sobretodo son interdependientes ya que se conectan con todos los demás Derechos Humanos (Derechos Civiles, Políticos, Económicos, Sociales y Culturales), también están íntimamente relacionados con los Derechos de los pueblos, medioambientales y todos aquellos que todavía se proyectan relacionados con la tecnología.

Los DSDR son los más humanos de los derechos, porque se manifiestan a cada momento de nuestra vida y comprometen el terreno más íntimo de las personas, es decir, nuestro cuerpo, no sólo en términos individuales sino relacionado con lo social y el espacio público; el cuerpo históricamente ha sido objeto de control, a través de la religión, usos y costumbres, la ética, el conjunto de sistemas normativos, entre otros. Además, están orientados a resguardar, por un lado, la toma de decisiones y guiar a las personas respecto a su sexualidad y reproducción, por otro lado, requieren que los Estados adopten medidas (normativa y políticas públicas) para que las mismas, se den en un marco de seguridad en todos los sentidos y ámbitos.

Los términos “Derechos Sexuales” y “Derechos Reproductivos” son relativamente recientes; sin embargo, su contenido ha estado presente a lo largo de la historia de la construcción de los Derechos Humanos, porque la sexualidad y la reproducción están protegidas por ellos de múltiples formas. Ahora bien, ¿por qué se hace referencia en la actualidad a los DS y los DR por separado?, principalmente porque esta separación revela la necesidad de superar el concepto de la sexualidad siempre ligada a la reproducción como su única finalidad.

Derechos Sexuales	Derechos Reproductivos
<p>- Son parte de los Derechos Humanos y se refieren a la forma que las personas expresan su sexualidad, de forma libre y placentera, en un marco de respeto mutuo, sin escenarios de violencia, ni discriminación y ejerciendo equidad entre las personas.</p>	<p>- Son Derechos Humanos y existen para garantizar nuestro bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con nuestro sistema reproductivo, sus funciones y procesos; así la libertad para decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos e hijas que deseemos tener.</p>

• **¿Cuáles son estos derechos?**

Taller 2

Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, los más humanos de los derechos

• Objetivo

Reconocer la importancia de ejercer los DSDR como medio para la vivencia plena de la Salud Sexual y Salud Reproductiva.

• Presentación y desarrollo

1. Se pedirá que las y los participantes se presenten mencionando su nombre, y un derecho que conocen. Luego se preguntará:

- ¿Cómo saben que esos son sus derechos?
- ¿Quiénes son responsables de que esos derechos se cumplan?
- ¿Qué es un derecho?

2. Se continúa el trabajo con la técnica "Mirando y reconociendo nuestros Derechos", se pegarán las láminas (ver material) en un lugar visible. A partir de esta observación se identificarán las situaciones de vulneración de los Derechos Civiles y políticos – Económicos, Sociales y Culturales – Justicia, Paz y Solidaridad. La o el facilitador promoverá el análisis a partir de las siguientes preguntas:

- ¿Qué ideas son las que vienen a la mente con éstas imágenes?
- ¿Qué derechos podemos reconocer en estas imágenes?
- ¿Qué derechos en estas imágenes no se cumplen?

3. Los y las participantes darán a conocer sus percepciones sobre las imágenes y la o el facilitador reforzará sus intervenciones explicando lo que son los derechos humanos y la importancia de reconocerse como sujetos de derecho.

4. Luego, se entregará al azar tarjetas con los DSDR a las y los participantes, quienes deberán leerla en voz alta y dar un ejemplo de cómo este derecho se cumple o no se cumple. Posteriormente deberán pegar en el paleógrafo que tenga las consignas de DSDR (ver material).

5. A continuación, la o el facilitador leerá tres historias de vida (ver material). Luego de cada historia, se realizará las siguientes preguntas:

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Láminas
- Historia de vida
- Tarjetas sobre los DS y DR
- Papelógrafos
- Maskin
- Marcadores

- ¿Qué piensan de estas historias?
- ¿Estas situaciones se dan en nuestra comunidad?
- ¿Qué DSDR no se cumplen en estas historias?
- ¿Cuál es el papel que desempeñan los hombres en estas historias?
- ¿Cuál es el papel que desempeñan las mujeres en estas historias?

i. Todas las personas somos sujetos de derechos, y debemos ser tratadas con respeto y sin discriminación de ningún tipo.

ii. Los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos son los más humanos de los derechos, ejercerlos implica también el ejercicio de ciudadanía

iii. Cambiar la situación negativa de la atención de la Salud Sexual y Salud Reproductiva es posible, un primer paso es la información.

• **Ideas para la reflexión final**



- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• **Evaluación del taller**



a. **Material 1:** Lámina 1.

Preparar las láminas con imágenes que hagan referencia al incumplimiento de los Derechos Civiles y políticos – Económicos, Sociales y Culturales – Justicia, Paz y Solidaridad (represión de manifestantes, huelga de enfermos de cáncer o personas buscando trabajo y la basura en las calles).

• **Material de apoyo**



b. **Material 2:** Tarjetas

Elaborar tarjetas en media hoja de carta y en diferentes colores con los Derechos sexuales y Derechos Reproductivos.

c. **Material 3:** Matriz 1: Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Derechos Sexuales	Derechos Reproductivos
1.	
2.	
3.	

d. Material 4: Historias de vida

Historia 1

"(..) hay señoras que gritaban ay ayayay, - para que abres la pierna, sabes cómo es el dolor, cuántos hijos tienes, 7 hijos, entonces sabes cómo es el dolor para que abres la pierna - y para que no me reñía yo me callaba nomas. - ¿Señora usted no siente el dolor no? - me decía, pero hasta mientras me sentía el dolor como para pegarle al doctor era pues, entonces me callaba nomás" (Mujer joven, Cosmos 79-Red Corea-El Alto. 01/2020).

Historia 2

¿Por qué tuvo sus hijos en casa? "Yo me avergonzaba, tenía miedo que me vean. A mi hermana...en hospital le hacían caminar así con dolor fuerte sabe estar, ya tienes que caminar. Camina. Camina. Y después a la sala de parto le meten. Ah y de su parte le mete el dedo, no, falta dilatar, tienes que caminar sigue, cada 10 minutos 15 me lo metían la mano, uno y otros doctores, entraban le hurgaban y eso a mí me ha dado miedo. No, yo nunca voy a tener en hospital para que me hagan así, que me metan la mano, por eso no he venido, ese ha sido mi miedo porque a mi hermana grave le han hecho sufrir" (Mujer de 30 años, H. Boliviano Japonés-El Alto. 01/2020).

Historia 3

"Desde mi primer hijo me he ido a mi pueblo, porque aquí en el Hospital no había buen trato, no me tiraban bola se hinchaba mis pies, me dolía mucho. Sé ir a la doctora y sólo me decía: ¡se va deshinchar, anda no más. Esas veces llegar aquí (Pucarani) era difícil. No había movilidad, hasta el puente tenía que llegar y tomar taxi. Recuerdo que esa vez he caminado como 2 horas he llegado aquí y la doctora me ha dicho ¡falta, todavía! Para que nazca el bebé. Me he vuelto a ir a mi casa. De eso he dicho: Cómo voy a sufrir así, me he ido al lado de mi mamá. Después en mi otro hijo, ese rumbo he seguido ya me calculaba faltando un día me iba a mi casa en Batallas (Mujer 37 años, Pucarani. 12/19).

Tema 3

Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en la pareja, familia y comunidad

· Lectura de apoyo



1. Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en los hechos

Los DSDR están garantizados en la Constitución Política del Estado (Art. 66), para mejorar la calidad de vida de las personas, pero pese a los esfuerzos por mejorar el ejercicio de los mismos, es todavía insuficiente. Conocer la situación de los DSDR y la SSySR es la base para ejercerlos, a partir del auto cuidado de la salud y la autodeterminación por parte de las personas.

Según un estudio de Oxfam Bolivia (20210), el problema de la violencia contra las mujeres está asociado a la “masculinidad tóxica” entre las y los jóvenes bolivianos. Esta, a su vez, se debe a la influencia de la cultura patriarcal. La “masculinidad tóxica” asigna a los varones el rol de protección y control de las mujeres y prescribe que estas se subordinen a ellos. Estimula a los hombres a ser celosos, de ideas inmutables y homofóbicos. Este tipo de masculinidad (o identidad de un grupo de varones) es altamente propenso a la violencia en la pareja y, en particular, a la violencia contra las mujeres.

Según este estudio, se tienen los siguientes datos:

- Las y los jóvenes bolivianos mantienen un nivel muy alto de valores patriarcales, cinco de cada diez jóvenes ha adoptado una identidad patriarcal. Esto debido a que el entorno cultural y ético en el que viven los y las bolivianas es altamente favorable al machismo y, por consiguiente, a la violencia contra las mujeres.
- La mitad de los y las jóvenes de los municipios investigados, poseen valores contrarios a la igualdad de géneros y la libertad sexual y, por tanto, favorables a la violencia contra las mujeres.
- 5,5 de cada diez jóvenes de los municipios estudiados tienen un nivel alto y muy alto de ideas religiosas dogmáticas, lo que les impide una comprensión más progresista de los roles sexuales y de las relaciones interpersonales.
- Entre tres y medio y cuatro de cada diez participantes en la encuesta cree que la virginidad de la mujer es una virtud y que la homosexualidad es pecado.
- Seis de cada diez manifiestan que Dios creó a hombres y mujeres para cumplir roles diferentes.
- Las y los jóvenes consideran que entre dos y tres parejas de cada diez sufren violencia y dan porcentajes aún más altos cuando se trata de tipos específicos de violencia.
- 4,6 parejas de cada diez sufren violencia física contra la mujer (golpes, empujones)
- 5,8 parejas de cada diez sufren celos y control del celular por parte del hombre.
- 5,1 parejas de cada diez las mujeres sufren presión para tener relaciones sexuales.
- En 4,9 parejas de cada diez, las mujeres sufren presión para tener relaciones sexuales sin preservativo.
- 4,9 parejas de cada diez sufren presión para continuar embarazos no deseados.
- 4,8 parejas de cada diez sufren inducción o imposición para abortar.
- 4,5 parejas cada diez sufren transmisión de infecciones sexuales de parte del hombre a su pareja mujer.

Los jóvenes en nuestra sociedad desconocen la integralidad de los DSDR, lo que nos muestra que requieren de espacios adecuados y seguros donde puedan hacer preguntas, hablar entre sí y con personas adultas capacitadas de confianza y obtener la información y el apoyo necesarios para reforzar los cambios positivos en sus actitudes y conductas ya sea entre jóvenes, con sus parejas o en sus familias.

Los jóvenes se niegan a ver las formas extremas de violencia machista violaciones y feminicidios como hechos que se dan con frecuencia cerca de ellos o con ellos como protagonistas. Por tanto, tienen una “falsa conciencia” sobre la violencia, la cual está relacionada, justamente, con su ideología conservadora.

El problema de la violencia contra las mujeres está asociado a factores como la masculinidad tóxica y los valores patriarcales que las y los jóvenes bolivianos van reproduciendo consiente e inconscientemente a partir de lo que ven, de lo que viven y lo que escuchan en la familia, en el colegio, en la iglesia, en los medios de comunicación, las redes sociales, el internet o los amigos y amigas.

El no decidir sobre la sexualidad en libertad, no contar con información pertinente y no acceder a métodos anticonceptivos de forma gratuita y sin prejuicios, entre otros factores, imposibilita a una persona realizar un proyecto de vida definido para la participación política, dirigencial o en cualquier ámbito. Así mismo, el no acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva, es un factor que limita el ejercicio del derecho a la vida y la integridad; situación que se agudiza en el caso de las mujeres del área rural y las adolescentes.

La violencia obstétrica como vulneración de los derechos de las mujeres hace que ellas decidan no acudir a centros de salud y no ejercen su derecho de contar con los servicios. Ante la probabilidad de sufrir violencia, las mujeres prefieren dar a luz en condiciones poco favorables en las que arriesgan sus vidas y la de sus wawas.

En el ámbito laboral es muy frecuente que las mujeres sean despedidas al momento de casarse o embarazarse para no cumplir con las obligaciones legales que le corresponden, incluso existe exclusión de las mujeres en procesos de selección de personal si esta tiene planes de construir una familia.

La pobreza, la falta de recursos económicos, el bajo nivel educativo, mitos y creencias no fundamentadas y la violencia, son parte de las causas que influyen en la mortalidad materna.

Se ha tomado el estudio de Oxfan – Bolivia (2021), como una muestra clara y contundente de cuál es la situación de los DSDR en nuestro país. Es decir, los datos de este estudio en adolescentes y jóvenes, es el reflejo de lo que está sucediendo en las parejas de adultos, en las familias y las comunidades, donde los DSDR y el ejercicio de la SSySR están supeditados a la violencia, el machismo, los estereotipos de género, los mitos, tabús y prejuicios que, en última instancia, son barreras para la vivencia plena de nuestra sexualidad.

2. Prácticas positivas que permitan fortalecer el ejercicio de los DSDR

a. En la Pareja

- Buscar, compartir y analizar información sobre los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.
- Conversar en pareja sobre la intimidad sexual, sobre cómo lo vivimos, lo que nos agrada y desagrada, la alegría y tristeza que esto pueda generar y como esto se refleja en nuestras vidas, en nuestra salud y en la educación familiar de nuestros hijos/as.

- Respetar los DSDR de la pareja, ya que todos y todas somos titulares de estos derechos.
- Buscar espacios de capacitación para padres, madres y o tutores responsables de niños, niñas, adolescentes y jóvenes sobre las temáticas de sexualidad, SSySR y DSDR.

b. En la familia

- Fortalecer la comunicación en pareja y con la/os hijos/as, para hablar sobre sexualidad sin vergüenza ni tabús. Esta tarea no es fácil, pero la principal responsabilidad la tenemos como padres, madres de familia y tutores, por tanto, aprender a escuchar a nuestras wawas ya es un primer paso.
- Generar en las familias espacios en los que la opinión de los hijos/as cuente, sobre todo si se trata de temas relacionados a la salud sexual y reproductiva, reconociendo que aun vivimos en entornos familiares y comunitarios cerrados. Sin embargo, lo importante será comprender que la sexualidad ya no debe ser un tema “prohibido” de conversar con nuestras wawas.
- Ningún miembro de la familia debería postergar sus aspiraciones personales y de salud. Tal es el caso de las mujeres que por razones económicas y la interiorización de la responsabilidad de autocuidado familiar, sacrifican su proyecto de vida. Debemos tener presente que esta situación conlleva frustraciones personales ligadas a los efectos cada vez más nocivos de un sistema económico social (capitalismo), que precisa de una transformación urgente a partir de lo poco y mucho que se pueda hacer como parejas, familias y comunidades.

c. En la comunidad

- Desde nuestras organizaciones comunales, debemos impulsar el fortalecimiento de los centros de salud, para el cumplimiento pleno de los DSDR.
- Reflexionar en las organizaciones de barrio, en los sindicatos o en la comunidad y hacer el esfuerzo por reconocer y cambiar actitudes y comportamientos machistas que afectan a todas las personas y por ende al ejercicio de los DSDR.
- La cultura debe permitirnos vivir mejor entre las personas, no se puede a título de cultura naturalizar la violencia que limita el ejercicio de los DSDR. De lo que se trata es de identificar con precisión las prácticas machistas violentas que se han arraigado en las expresiones culturales de nuestras comunidades y erradicarlas con la participación y el compromiso de todos y todas.
- Promover acciones informativas y de capacitación adecuadas y apropiadas a la comunidad, educativas y de promoción de los DSDR, para el desarrollo de la capacidad crítica reflexiva de padres y madres sobre algunos factores que impiden el ejercicio de estos derechos, tales como: machismo, estereotipos de género, mitos y creencias sobre la sexualidad.
- Agendar en el Plan Operativo Anual - POA municipal el presupuesto específico para las problemáticas relacionadas con la SSySR, con el impulso y la participación de las organizaciones representativas de la comunidad.
- Organizarse, informarse y generar instancias reales de participación de las personas para la coordinación y el logro de una gestión Municipal que respete y garantice los DSDR.

Taller 3

Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en la pareja, familia y comunidad

• Objetivo

Identificar estrategias que fortalecen el ejercicio de los DSDR.

• Presentación y desarrollo

1. Se da la bienvenida al taller. Posteriormente, se iniciará con la técnica “Mi cualidad y Mi defecto”, para ello se dará la consigna de que en una primera ronda cada participante se presente mencionado su nombre junto con una cualidad y un defecto suyo, los cuales no deben olvidar. En una segunda ronda se pedirá que vuelvan a presentarse mencionado su nombre y anteponiendo “por arriba” a la cualidad y “por abajo” al defecto. Un ejemplo será: Mi nombre es Ana “por arriba soy cariñosa” y “por abajo soy renegona”.
2. Se procederá con la técnica “El barco se hunde”, la o el facilitador deberá contar que el barco en que viajan se hunde y solo hay botes para las personas que forman grupos según el número de participantes por ejemplo de tres, cuatro, seis y en la tercera consigna se formara tres grupos con un número igual de participantes. Para mayor animación se dará la consigna de que quien se quede sin grupo cumplirá con una penitencia.
3. Con los grupos conformados, se les dará la consigna de que identifiquen y analicen un problema central que impide el ejercicio de los DSDR en tres ámbitos:
 - Grupo 1: En el ámbito de la pareja
 - Grupo 2: En el ámbito familiar (hijos/as)
 - Grupo 3: En el ámbito de la comunidad (personal de salud y autoridades locales)
4. Para ello se empleará la técnica el “Árbol de Problemas”, donde el problema identificado será anotado en el tronco del árbol, las causas en las raíces, las consecuencias en las ramas y las propuestas de solución en los frutos. Cada grupo contará con un papelógrafo con el dibujo de un árbol.
5. La o el facilitador promoverá la plenaria indicando que cada grupo presente su árbol de problemas trabajado, dejando un espacio para preguntas y aportes de los demás grupos. La consigna será:

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Impresión de datos
- Papelógrafos
- Maskin
- Marcadores gruesos

- ¿En qué estamos de acuerdo y en que no con el trabajo del grupo?
- ¿Qué más se puede aportar?

6. Posteriormente se reforzará este trabajo, socializando algunos datos estadísticos (Ver material 2) sobre la situación de la Salud Sexual y Salud Reproductiva.

7. La o el facilitador invita a la reflexión con las siguientes preguntas:

- Desde lo individual y colectivo ¿Que podemos hacer como mujeres para que los DSDR se cumplan?
- Desde lo individual y colectivo ¿Que podemos hacer como hombres para que los DSDR se cumplan?

8. La o el facilitador recuperará los aportes y los fortalecerá con los planteados en la lectura de apoyo.

i. Problemáticas como la auto negación del disfrute pleno de la sexualidad, la sobre utilización del cuerpo de la mujer como objeto de deseo y no sujeto lleno de vida y de sueños, la falta de coordinación entre normativas y programas de SSySR con la realidad (deficiencias en el sistema de salud), la violencia naturalizada contra las mujeres y la falta o mala información sobre la sexualidad de las personas son los principales factores que frenan el ejercicio pleno de los DSDR.

ii. El ejercicio de los DSDR también es una tarea que debe ser asumida desde lo individual, en nuestras familias y comunidades.

- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

a. **Material 1:** Árbol de problemas. Preparar cuatro papelógrafos con el dibujo de un árbol, para la técnica "El Árbol de Problemas".

b. **Material 2:** Datos Estadísticos. Imprimir algunos datos estadísticos sobre la situación de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en hojas bond tamaño carta.

• Ideas para la reflexión final



• Evaluación del taller



• Material de apoyo



Datos sobre situación de la Salud Sexual y Salud Reproductiva de las mujeres en Bolivia

Por cada 100.000 niñas o niños que nacen vivos, mueren 390 mujeres al tenerlos. El 42.2% de mujeres enfrentan su embarazo con desnutrición crónica, más aun zonas indígena originaria campesina.

Según el Ministerio de Salud, el cáncer de cuello uterino y de mama están entre las principales causas de muerte de las mujeres...Bolivia está entre los países con índices altos de la región...el "virus de papiloma humano" (VPH) es la causa principal.

Se calcula que cada año mueren 638 mujeres entre 25 a 64 años de edad (casi dos mujeres por día) a causa del cáncer de cuello uterino...la situación empeora en mujeres pobres, indígena originaria campesinas porque no tienen acceso a centros médicos.

En noviembre de 2016, el Ministerio de Salud dio a conocer que la edad promedio del inicio de la vida sexual en Bolivia era de 12 años; en 2017 reveló que en Bolivia 116 mujeres de cada 1.000, entre 15 y 19 años, estaban embarazadas o ya tenían hijos.

Según un estudio de la sociedad internacional de sexología, que establece que en el país sólo el 3,2% de Bolivianos accede a la educación sexual.

...las menores cada vez están más expuestas a ser víctimas de trata de personas con fines de explotación sexual, violencia de género, violaciones, secuestros y otros delitos que empeoran el problema del embarazo adolescente en Bolivia... El más reciente informe sobre el "Estado de la población mundial", del UNFPA señala que la tasa de natalidad en mujeres entre 15 y 19 años en Bolivia es de 116 por cada 1.000, mientras que el promedio regional es de 77 por cada 1.000. El 10% de las muertes de mujeres se producen por abortos mal practicados.

Tema 4

Los Derechos de las y los adolescentes en los Servicios de Salud

· Lectura de apoyo



1. Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en los adolescentes

Las y los adolescentes son un grupo social, que en las últimas décadas evidencia una gran vulnerabilidad frente a diferentes problemáticas que impactan en su salud. A su vez, son escasas las intervenciones y políticas públicas específicas destinadas a este grupo, especialmente en la temática de salud. Las y los adolescentes pueden ser más vulnerables que un adulto debido a los juicios de valor negativos, amenazantes sobre sus comportamientos en materia sexual y reproductiva. Pueden tener menos capacidad de discernir si una información es incompleta, inexacta o falsa o de identificar una manipulación sobre la misma.

Por ello en cuanto a la SSySR de adolescentes, el personal de salud debe tener la capacidad de ofrecer un ambiente de confianza y de seguridad que les permita empoderarse frente al ejercicio de sus derechos; el diálogo tiene características específicas en razón de sus condiciones y debería considerar al menos:

- La construcción de condiciones de confianza.
- El respeto a los y las adolescentes.
- La confidencialidad.
- La promoción de la autonomía.

El derecho de adolescentes a adoptar decisiones autónomas sobre su SSySR representa dos grandes desafíos: (1) poner a su disposición todos los recursos necesarios para decidir autónomamente (consentimiento informado) y (2) respetar sus decisiones absteniéndose de obstaculizarlas, retrasarlas o impedir su ejecución, incluso si son contrarias a su manera de ver las cosas. En este proceso es fundamental la educación y el acompañamiento desde las familias, por ello mismo, es imperante que padres, madres y tutores puedan contar con información básica sobre sexualidad, DSDR y SSySR.

La gran mayoría de los problemas relacionados a SSySR se manifiestan entre adolescentes y jóvenes, situación ligada al no reconocimiento del desarrollo de la sexualidad como un proceso continuo y progresivo de capacidades y habilidades de autocuidado que comienzan en la infancia y continúan a lo largo de las diferentes etapas de desarrollo, y a problemas de inequidad de géneros, especialmente a través de la intervención educativa familiar, del sistema formal de educación y de la sociedad en general, antes que la intervención exclusiva del área de salud.

Dificultades en la SSySR (Macro Problemas)	Indicadores
Inicio cada vez más temprano de la vida sexual activa	El inicio de la actividad sexual se encuentra entre los 14 y 16 años. Aunque otros estudios muestran los 11 y 12 años como inicio de la actividad sexual.

<p>Incremento en la tasa de fecundidad adolescente</p>	<p>El conocimiento de métodos anticonceptivos (MAC) modernos mantiene porcentajes totales superiores a 90%, tanto en hombres como en mujeres que viven en unión. Considerando los rangos de edad presentados, no existen diferencias significativas entre mujeres y hombres, en cuanto al conocimiento de MAC. (ENDSA 2016)</p> <p>A mayor nivel educativo mayor porcentaje de conocimiento de MAC modernos; todos los hombres y casi todas las mujeres con educación superior lo conocían.</p> <p>El área de residencia y la región determinan brechas en el conocimiento de MAC modernos, aunque no sustanciales; los hombres y mujeres del área rural presentan menores porcentajes de conocimiento de MAC, de igual manera ocurre con las mujeres de la región del altiplano.</p> <p>La media para la región de Latinoamérica y el Caribe, para el uso de cualquier método anticonceptivo (tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos), por parte de mujeres casadas o en unión libre, para el 2016, fue de 73% y de uso de MAC modernos de 67% (UNFPA, 2016). La información de la EDSA 2016 muestra que Bolivia se encuentra por debajo de estos valores medios regionales.</p> <p>El 93,8% de la población entre 15 a 49 años, conoce algún MAC moderno, sin embargo, solo el 45,1% lo usa.</p>
<p>Elevados índices de embarazo no planificado</p>	<p>El condón masculino es el MAC moderno más empleado; en el mejor de los casos, llega a 25% por las mujeres sexualmente activas y no unidas. Su empleo, por parte de las mujeres unidas, es muy bajo.</p>
<p>Mortalidad materna adolescente asociada a la realización de abortos en condiciones de inseguridad</p>	<p>Según la ENDSA 2016:</p> <p>La edad media al primer nacimiento en mujeres de 15 a 19 años es de 17.</p> <p>El porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que dieron a luz antes de los 20 años en el área rural (55%), en comparación con el área urbana (28,1%), casi es el doble.</p> <p>El porcentaje de mujeres que ha dado a luz incluso antes de los 15 o 18 años, también es claramente superior en el área rural (1,4% y 12,7%), respecto al área urbana (0,8% y 7,1%).</p> <p>Las personas que aprendieron a hablar en aymara y quechua tienen mayor riesgo de embarazo y ser madre en la adolescencia, en comparación con las que aprendieron a hablar en castellano.</p> <p>El porcentaje de adolescentes que estuvieron embarazadas alguna vez y que tiene educación primaria (42,5%), es seis veces más alto al de las mujeres con educación superior (6,8%).</p>
<p>Adolescentes de zonas rurales y de pueblos indígenas son las que muestran mayores índices de fecundidad, embarazo no planificado y mortalidad materna.</p>	<p>El comportamiento de las tasas específicas de fecundidad (71%) muestra que la fecundidad, en la adolescencia, presenta un descenso casi de 20%, en comparación con la ENDSA 2008 (88%).</p> <p>La Tasa Global de Fecundidad (TGF) del área urbana se encuentra, cada vez, más próxima al umbral de reemplazo (2 hijos), mientras que el área rural casi lo duplica.</p>
<p>Tendencia a la baja de la edad de transmisión del VIH – SIDA, afectando a adolescentes hombres y mujeres.</p>	<p>Según el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA-HV del Ministerio de Salud (2018), antes del año 2000 el grupo etario de 15 a 24 representaba el 17% de casos diagnosticados del total, mientras que para después del año 2010 el dato prácticamente se ha duplicado al 33%.</p>

2. Importancia de los servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva para adolescentes

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

3. Barreras en el ejercicio de la SSySR

La adolescencia comprende a las personas de 10 a 19 años, quienes, con frecuencia, se enfrentan a múltiples barreras cuando quieren decidir sobre su SSySR y necesitan acceder a los servicios de salud. En primer lugar, deben enfrentar las mismas barreras que los adultos enfrentan, las cuales en su caso se acentúan debido su edad, quedando en una situación de mayor desprotección frente al sistema de salud para acceder a los servicios. Estas barreras, comunes a las de la población adulta, pueden ser de diferentes tipos:

- **De acceso:** cuando se da la concentración de la oferta en las zonas urbanas, ausencia de servicios integrales, horarios de atención reducidos.
- **Relacionadas con el ejercicio de los derechos:** cuando hay poca o falta de privacidad en los servicios, desconocimiento y/o ausencia de garantía de los DSDR.
- **Financieras:** cuando falta de recursos económicos para acceder a los servicios públicos y privados.
- **Administrativas:** cuando se piden requisitos adicionales a los contenidos en las normas que retrasan el acceso a procedimientos, falta de certidumbre sobre las condiciones para acceder a servicios.

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

También deben enfrentar el temor del personal de salud de atender sujetos cuya capacidad para decidir es cuestionada, por lo que está demostrado que para dar respuesta a sus necesidades se requieren servicios amigables para adolescentes. Esto no implica necesariamente un espacio físico, sino, que se reconozca a adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos y se actúe con simpatía por su SSySR, asumiéndola como un estado integral de bienestar físico, mental, espiritual y social, además de adecuar los horarios en dependencia de las necesidades de las y los adolescentes.

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

4. Programa de Salud “Atención Integral Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes - AIDAJ

a. ¿Qué es el AIDAJ?

El Ministerio de Salud, adopta y promueve el Modelo de Atención Integral y Diferenciada al Adolescente y Joven (AIDAJ), como herramienta para garantizar el derecho a la salud integral de las y los adolescentes.

La AIDAJ se define como “Un Servicio donde adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud, cualquiera sea su demanda, (biopsico-social) agradables para ellos / ellas y sus familias, por el vínculo que se establece con el proveedor de salud y por la integralidad y calidad de sus intervenciones”. Se enfatiza en:

- La atención se centra en adolescentes y jóvenes, basada en un enfoque biopsicosocial.
- Potencia las fortalezas de adolescentes y jóvenes.
- La atención es brindada por un equipo de profesionales de distintas disciplinas, construyendo procesos de Interdisciplinariedad e Intersectorialidad.
- Promoción de “estilos de vida saludables”.
- Prioriza la prevención de probables riesgos.
- Acciones para la vigilancia de factores de riesgo de la salud integral de adolescentes y jóvenes.
- La participación activa de adolescentes y jóvenes, es vital en todos los procesos.
- Involucra no sólo a la familia sino también a actores sociales existentes.
- Se efectúa no solo en los servicios tradicionales de salud, sino también, en los ámbitos donde las y los adolescentes habitan, estudian, trabajan o se recrean.
- Se sustenta en políticas públicas.

La AIDAJ debe partir de la identificación y satisfacción de las necesidades de adolescentes y jóvenes en el ámbito de la salud integral, con énfasis en la SSySR y, promover alternativas novedosas y adaptadas a su realidad. Es importante ofrecer otros servicios que adolescentes y jóvenes requieren, para lograr mantenerlos como usuarios/as continuos/as, como ser una red de referencia y contra-referencia funcionando con servicios integrales y promoviendo un enfoque de trabajo interinstitucional e intersectorial.

b. Marco Legal

La AIDAJ tiene sustento en la Ley 342 “Ley de Juventudes”, (5 de febrero del 2013) en los artículos del 37 al 42, donde se establece que la “gente joven” (incluido adolescentes), debe recibir atención en establecimientos de salud, que se inscribe en el contexto de la promoción y la prevención de la salud, incentivando la participación de adolescentes y jóvenes, fomentando hábitos de vida sana y procurando que cada consulta promueva el ejercicio de derechos, de manera que cada contacto se constituya para ellos/ellas en una experiencia que refuerce el proceso de toma de decisiones, la capacidad de juicio autocrítico, la autonomía y autocuidado de la salud”.

c. Principios de la Atención Integral y Diferenciada AIDAJ

• Principios
<ul style="list-style-type: none"> - Universalidad: Garantizar el acceso de los adolescentes al servicio de salud. - Integralidad: A ser atendidos integralmente en su salud y desarrollo. - Confidencialidad: Respetar su derecho a la privacidad y confidencialidad. - Participación social de adolescentes y jóvenes: Ser sujetos y objetos de acciones de salud. - Interdisciplinaridad: visualizar a los y las adolescentes y jóvenes de manera integral sin límites disciplinarios. - Intersectorialidad: Acciones coordinadas y coherentes con otros sectores e instituciones vinculados a la salud y el desarrollo de la población juvenil. - Calidad: Recibir una atención oportuna con personal capacitado, con tecnología apropiada y con los insumos necesarios para la promoción, protección y recuperación de su salud.

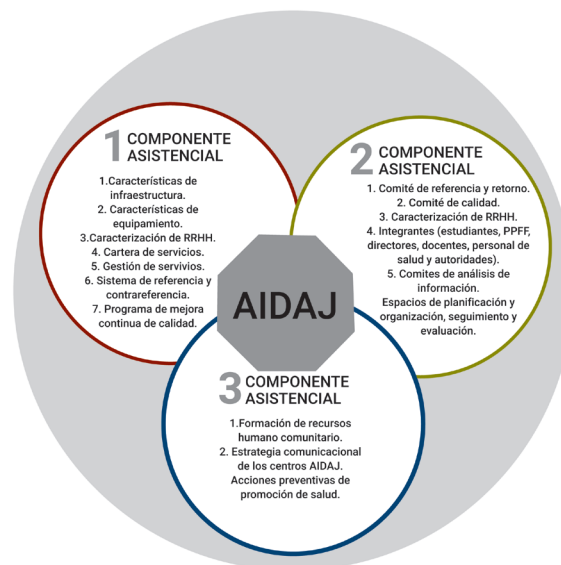
d. Características para la calidad de la atención diferenciada

• Características	• Alternativas para lograrlo
Accesibles geográficamente	Ubicados en los tres niveles de atención, en servicios públicos y privados, con medios de transporte seguros, adecuada iluminación y seguros.
Accesibles en horarios	Horarios flexibles, acorde a las necesidades de adolescentes y jóvenes.
Accesibles económicamente	Servicios gratuitos o de bajos costos.
Accesibles culturalmente	Adaptados al contexto intercultural (rural/urbano) construyendo estrategias de manera consensuada para eliminar barreras culturales.
Confidenciales	Normas claras de privacidad y confidencialidad para adolescentes, jóvenes y sus familias
Intersectoriales	Articulados a una red de servicios e instituciones de la comunidad para brindar atención biopsicosocial al adolescente y joven, aprovechando espacios como Unidades Educativas, clubes, grupos juveniles, religiosas, programas de empleo, recreación, etc.
Sustentables	Búsqueda de recursos que faciliten la continuación de los servicios a largo tiempo. Con propuestas auto-gestionadas desde la comunidad y redes sociales; y articulados con proyectos preventivos ya implementados.
Con buen trato y promoción de estrategias de protección y equidad	Con el ejercicio de la empatía, transparencia, congruencia, y la plena aceptación positiva e incondicional que implica profundo respeto por sus sentires, pensares y sus experiencias, en el trato.
Con oferta de orientación y consejería	Personal de salud y grupos de líderes que brindan orientación sobre temas de interés para adolescentes y jóvenes; y disponibilidad de material educativo.

e. Componentes del Modelo de Atención Integral Diferenciada a Adolescentes y Jóvenes - AIDAJ

El Modelo AIDAJ se desarrolla con base en 3 componentes:

- El primer componente contempla toda la parte asistencial, que tiene que ver con los recursos humanos en áreas de medicina, odontología, psicología, equipamiento para prestar una adecuada atención a las y los usuarios, generación y reporte de la información, entre otros.
- El segundo componente es el preventivo cuya base está en la formación de líderes y realización de las actividades de réplica entre pares.
- El tercer componente corresponde a la gestión participativa que se refiere a la articulación del centro con otros entes con los cuales se ha conformado la red de referencia y contra-referencia, el Comité de Análisis de la Información – CAI, entre otras acciones.



Fuente: *Elaboración propia en base a Modelo Municipal de Salud AIDAJ. El Alto 2016.*

f. Obstáculos que impiden la implementación y el buen funcionamiento de la AIDAJ

- La desinformación del adolescente sobre su estado de salud o enfermedad, el temor de ser visto por algún conocido o prejujado por algún extraño por consultar sobre SSySR.
- Desconocimiento acerca de la existencia de espacios para la atención integral de adolescentes y de la oferta que brindan.
- Desconocimiento de los derechos de las y los adolescentes, falta de garantía para el ejercicio del secreto profesional y el respeto a la confidencialidad.
- La falta de dinero para transportarse a un servicio o centro de salud o la compra de medicamentos.
- Ambientes no diferenciados para adolescentes. Los AIDAJ necesitan un espacio propio con las condiciones de infraestructura, equipamiento y recursos humanos suficientes para su funcionamiento.

- Horarios no apropiados y/o insuficientes.
- Capacitación inadecuada de los profesionales.
- La falta de coordinación interinstitucional e intersectorial para la atención diferenciada e integral de la salud de los adolescentes y jóvenes.
- Desconocimiento del servicio AIDAJ por los Directores de unidades educativas para solicitar el servicio.
- El gobierno municipal es el llamado a implementar y desarrollar este Modelo de Atención, sin embargo, esto no siempre se cumple y menos aún se asigna los recursos económicos necesarios.
- No se cuenta con el presupuesto anual suficiente para garantizar el funcionamiento de los servicios AIDAJ desde el Nivel Central, Departamental y Municipal.

En Bolivia, a pesar de contar con el marco legal que garantiza la AIDAJ, son pocos los lugares donde se han podido desarrollar estos servicios; tampoco se ha logrado cumplir con las competencias y habilidades profesionales necesarias para dichos servicios.

5. La incidencia del cumplimiento de los DSDR en la vida de las y los adolescentes

El empoderamiento de las y los adolescentes en sus DSDR es fundamental porque llevará a que se cuente con una cultura equitativa entre los géneros; una autoestima elevada; así como a que ellos/ellas cuenten con información adecuada para la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/Sida, la violencia y adicciones; el respeto a las diversidades sexuales, culturales, étnicas, etc. Fomentando además su participación ciudadana en las diferentes esferas de decisiones. Empoderarse en el tema de derechos es un proceso individual, que genera conocimiento, ejercicio, ciudadanía y exigibilidad que implica demandar y proponer. En un contexto grupal, la suma de individuos empoderados, permite incidir en la formulación de políticas públicas favorables a todos/as.

Taller 4

Los Derechos de las y los adolescentes en los Servicios de Salud

• Objetivo

Reflexionar sobre el cumplimiento de los derechos de las y los adolescentes respecto a la atención de los servicios de salud, como un factor que interviene en el ejercicio de la SSySR, durante esta etapa.

• Presentación y desarrollo

1. Luego de la bienvenida, se realizará la técnica “Yo soy...y recuerdo...”. Cada participante dirá su nombre y lo que más recuerdan de su adolescencia.
2. La o el facilitador leerá frases que normalmente hacen referencia a lo que se piensa y dice de los adolescentes sobre su sexualidad (Ver material 1)
3. Las y los participantes que se identifiquen con la frase deberán ponerse de pie. Al final del trabajo con las frases se pedirá que de manera voluntaria tres participantes compartan sobre cómo se sintieron al recordar esas frases en su adolescencia.
4. Posteriormente la o el facilitador dividirá a los participantes en cuatro grupos para que puedan analizar historias de vida, que hacen referencia a situaciones vividas por las y los adolescentes en su entorno familiar, social y los servicios de salud (Ver material 2).
5. Cada grupo debe realizar el análisis de la historia con las siguientes preguntas:
 - ¿Cómo podrían orientar a cada uno de los adolescentes?
 - ¿Cuál debería de ser la respuesta y actitud de los adultos en cada historia?
 - ¿Que DSDR creen que se violentó en cada historia?
 - ¿Considera que esto les puede suceder a sus hijos/as? Sí, no ¿por qué?
 - ¿Consideran importante que haya una atención diferenciada en SSySR para adolescentes y jóvenes en los centros de salud? Si/No ¿Por qué?
6. La o el facilitador pedirá que voluntariamente 6 participantes puedan mencionarse para representar un socio drama corto con los siguientes roles:
 - Un médico.
 - Una enfermera.
 - Un adolescente varón que busque información sobre MAC porque ha iniciado su vida sexual.

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Frases para técnica 1
- Historias de vida
- Diagrama del Modelo de Atención AIDAJ,
- Papelógrafos
- Marcadores gruesos
- Maskin

- Una madre con su hija de 15 años en etapa de gestación, que acude para su control prenatal y la información sobre el bono Juana Azurduy.
- Una adolescente que llega desangrándose y busca atención urgente.

7. El socio drama se desarrolla con el médico y la enfermera atendiendo (según lo que ellos y ellas crean conveniente) cada uno de los casos que no deberá durar más de un minuto.

8. Mediante lluvia de ideas, se recogerá las impresiones y opiniones sobre los sociodramas.

9. La o el facilitador con la ayuda de un diagrama (ver material 3) realizará una explicación de lo que es el Modelo de salud AIDAJ y su importancia.

- i. La importancia de la atención diferenciada para las y los adolescentes y jóvenes en los centros de salud sobre salud sexual y salud seproductiva.
- ii. Se cuenta con el Programa AIDAJ como un espacio que debe funcionar en los centros de salud de nuestras comunidades.
- iii. Padres y madres debemos informarnos y acompañar a nuestros hijos/as en la búsqueda de información sobre salud sexual y salud reproductiva.

- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

a. **Material 1:** Frases que normalmente hacen referencia a lo que se piensa y dice de los adolescentes sobre su sexualidad

- La menstruación es un castigo.
- Los adolescentes están en la edad del burro.
- Los adolescentes con más información son más despiertos.
- Una mujercita debe hacerse respetar.
- Si un chico no tiene chica es marica.

• Ideas para la reflexión final



• Evaluación del taller



• Material de apoyo



b. Material 2: Historias de Vida

• Historias
<p>José tiene 16 años. Acude a la unidad de salud solicitando información sobre métodos anticonceptivos. El personal de salud le dice que está muy joven y que en vez de solicitar métodos anticonceptivos debería de estudiar más. Él está teniendo relaciones sexuales con su novia y no desean un embarazo.</p>
<p>María es una joven, que tiene 15 años, está muy enamorada de su novio Armando un día andaba de paseo y él aprovechando que estaban solos, la empezó a besar, ella le correspondió, él le pidió la prueba de amor..que pasara con María si decide que le dará la prueba de amor.</p>
<p>...Ramón junto con sus compañeros decidieron ir a buscar a Tita, ella había dejado de asistir a la escuela y nadie sabía porque, al llegar a casa ella les recibió y les conto que estaba embarazada, que estaba triste y no sabía qué hacer. Su novio la abandonó y tenía miedo de avisar a sus padres.</p>
<p>Había una vez un jovencito llamado Felipe, quien vivía con su abuela, mamá, papá y hermano, un día decidió irse de su casa porque tenía miedo de que su familia y amigos se dieran cuenta que a él no le gustaban las niñas. Espero que se hiciera de noche, pero cuando ya se iba su hermano lo encontró haciendo sus maletas, él le pregunto qué le pasaba y Felipe decide contarle.</p>

c. Material 3: Diagrama del Modelo de Atención AIDAJ (ver lectura de apoyo)



Módulo 3

- *La Igualdad de Género desde el ejercicio de los Derechos de las Mujeres y las Masculinidades*

Módulo 3: La Igualdad de Género desde el ejercicio de los Derechos de las Mujeres y las Masculinidades

Objetivo: Aportar en la construcción de la igualdad de género, a partir del reconocimiento y la deconstrucción de los roles estereotipados que, junto a otros factores, se convierten en obstáculos para el ejercicio pleno de los DSDR.

Capacidades a fortalecer y/o desarrollar

- Las y los participantes:
 - Conocen la importancia de construir relaciones igualitarias y de cooperación.
 - Comprenden la diferencia entre sexo, género, construcción de estereotipo de género y expectativas de género.
 - Reflexionan sobre vivencias, situaciones y escenarios tradicionalmente considerados femeninos o masculinos.
 - Reconocen espacios y mecanismos que utiliza la sociedad para la interrelación del rol estereotipado del hombre con su entorno.

Talleres Ejes de trabajo

1. Mirando desde el Sistema Sexo Género

- Sistema sexo-género.
- Construcción social de género, roles y estereotipos que refuerzan una desigualdad social entre los géneros.
- Acuerdos para la igualdad de género.

2. Avanzando en la Igualdad de Género y los Derechos de las Mujeres

- Derechos de las mujeres.
- Normativa nacional que busca lograr la igualdad de género.
- Uso del tiempo y división del trabajo dentro de la familia: trabajo productivo, de cuidados y reproductivo.

3. Lo “macho”, una construcción social que limita nuestras vidas

- Identificación y análisis de comportamientos tradicionalmente atribuidos a los hombres desde la masculinidad hegemónica.
- Reproductores de los roles de género estereotipados.
- Sanciones y consecuencias a quienes trasgreden la masculinidad hegemónica.

4. Masculinidades, las nuevas perspectivas de ser “hombres”

- La violencia contra las mujeres, una consecuencia de la masculinidad hegemónica.
- Actitudes frente a la orientación sexual transgredida.
- Nuevas masculinidades para la igualdad y equidad entre hombres y mujeres sin violencia.

Tema 1

Mirando desde el Sistema Sexo Género

· Lectura de apoyo



Uno de los grandes retos para el ejercicio pleno, placentero y responsable de la sexualidad, así como de los DSDR, es superar las desigualdades construidas entre hombres y mujeres. Mirando la historia de la humanidad es innegable la discriminación construida contra las mujeres, muchas tuvieron la capacidad para identificarlo, exponerlo y plantear soluciones.

1. Conceptos claves para avanzar en la igualdad

Para avanzar hacia la igualdad de género, es importante conocer y comprender los siguientes conceptos:

Sexo	Es la diferencia biológica (diferencias físicas, fisiológicas) entre hombres y mujeres, se enfatiza en las diferencias genitales y corporales (pene-vagina). Y esta no ha cambiado a lo largo de la historia de la humanidad, aunque en la naturaleza humana también hay las personas intersexuales (con características fisiológicas de ambos sexos).
Género	Es el conjunto de valores, sentimientos, actitudes, comportamientos, capacidades y roles asignados culturalmente a una persona por el hecho de nacer de un sexo u otro, en función de lo que en cada sociedad y en cada momento histórico se considere que debe ser y hacer una mujer o un hombre. Estas diferencias han ido cambiando a lo largo de la historia de la humanidad y cambian de una cultura a otra, se van adquiriendo a través del proceso de socialización que desde el nacimiento se aprenden, se imitan y se interiorizan. Se transmiten a través de la familia, la escuela, el trabajo, los medios de comunicación, la utilización del lenguaje, etc. El género es entonces la construcción social con base en la diferencia sexual y corporal con la que nacen hombres y mujeres y es lo que determina la desigualdad en el acceso a recursos y derechos.
Roles de Género	Cada sociedad asigna diferentes tareas o actividades en función de un sexo u otro. El rol que tradicionalmente se vincula a las mujeres está relacionado con las funciones de "cuidadora" (tareas en el ámbito doméstico, cuidado de menores y personas dependientes, etc.), y el rol que se asigna al hombre está relacionado con las funciones de "proveedor" (tareas de ámbito público, el empleo remunerado, cabeza y autoridad familiar, ejercicio del poder a través de la participación en instancias de toma de decisión que afectan al conjunto de la sociedad, etc.). "Mujeres en el ámbito privado y los hombres en el ámbito público".
Esteriotipos de Género	Son ideas y creencias comúnmente aceptadas en la sociedad sobre cómo deben ser y comportarse hombres y mujeres. La ternura, debilidad física, espontaneidad, aceptación, superficialidad, sensibilidad, sumisión, pasividad, dependencia, etc. son cualidades o características consideradas como femeninas. La fuerza física, inteligencia, autoridad, espíritu emprendedor, tenacidad, frialdad emocional, etc., son consideradas como masculinas. Se transmiten mediante las creencias sobre lo que deben ser y hacer mujeres y hombres.

<p>Identidad Genérica</p>	<p>Es la forma en que las personas nos concebimos y nos identificamos con relación a otras personas, la identidad de género tiene que ver con los sentimientos, percepciones, afectos y conductas de sentirse y asumirse hombre, mujer o indeterminado. Las percepciones de género varían enormemente no sólo entre culturas sino dentro de una misma y evolucionan a lo largo del tiempo. Sin embargo, en todas las culturas, el género determina el poder y los recursos de hombres y mujeres.</p>
<p>Igualdad de Género</p>	<p>Implica el reconocimiento e igual valoración social de mujeres y hombres, así como de las tareas y funciones que realizan. Presupone la ausencia de jerarquía de un sexo sobre otro y la plena participación de hombres y mujeres o de todas las personas en todos los ámbitos de la Sociedad.</p>
<p>Perspectiva de Género</p>	<p>Es una herramienta que muestra que las diferencias entre mujeres y hombres generan desigualdad, son de origen cultural, por lo que el empleo de esta perspectiva propone aportar en la solución de los desequilibrios que existen entre personas de distintos géneros.</p>

2. El género en la socialización

Se denomina socialización al proceso a través del cual las personas aprenden e interiorizan las normas y los valores de una determinada sociedad y cultura específica, en muchos casos el proceso de socialización es consiente, pero la mayor parte es inconsciente, se da en el diario vivir. Con la socialización se promueven y transfieren normas, valores, costumbres y cultura de una comunidad hacia las personas que en ella conviven con el propósito de contribuir al desarrollo integral de las mismas.

En los primeros años de vida de una persona, la socialización se centra primero en la familia con la que convive, más tarde en la escuela, los y las iguales y en el entorno social. La familia está condicionada al modelo social (sistema patriarcal) al que pertenece, donde:

- Los hombres conservan el poder en los órganos de decisión, afianzan su autoridad sobre la familia, mientras, las mujeres se ven avocadas a mantener un estatus secundario y/o de dependencia.
- Mantiene la división sexual del trabajo, el hombre trabaja fuera de casa y la mujer se ocupa de las tareas domésticas. Aun en los casos de las mujeres que trabajan fuera del hogar, siguen asumiendo la responsabilidad del cuidado de la casa, la alimentación, la atención y cuidado de los hijos e hijas y personas dependientes, sin recibir a cambio ninguna contraprestación. Esto es la doble jornada.

Todo esto es asumido con normalidad, padres y madres ejercen sus responsabilidades bajo este rol sexista que se transmite de generación en generación a hijos e hijas, para que ellos y ellas a su vez lo reproduzcan. Se necesita un cambio social, lo que implica un nuevo sistema de valores y normas. Muchas culturas que han ido avanzando hacia este nuevo modelo, son las denominadas sociedades democráticas progresistas.

3. Ámbitos y mecanismos que refuerzan las desigualdades de género

a. **Familia:** Es el principal espacio de transmisión de normas sociales estereotipadas del género. Las niñas “deben comportarse como señoritas” y los niños “son machitos que no lloran”. Muchas veces padres, madres y tutores no son conscientes de esta transmisión y cumplen sus roles de género porque “así siempre ha sido”, “así los educaron a ellas y ellos”. La familia es el primer moldeador de lo que “implica ser hombre y ser

mujer”.

b. **Escuela:** Es el espacio que tiende a reforzar los estereotipos de género a través de otras normas sociales como ser: la imposición de un tipo de vestimenta y comportamientos para hombres y para mujeres. A ello se suma que muchas de las y los profesores transmiten normas sobre los roles de género, a partir de sus propias historias de vida, también marcada por los estereotipos de género, prejuicios, tabús, miedos, etc.

c. **Sociedad:** La sociedad, es el espacio donde se repite y refuerza los roles de género estereotipados a través de normas, planes, proyectos, costumbres, fiestas, ceremonias, políticas y presupuestos económicos. Los incumplimientos con los roles de género establecidos implican sanciones sociales caracterizadas por el estigma, la discriminación, la crítica, el aislamiento, la indiferencia o la violencia. De ahí que por ejemplo que gran parte de la sociedad aun tienda a ser mucho más agresiva con las personas homosexuales, porque las consideran transgresores de la heteronormatividad.

d. **Religión:** Todas las religiones y/o sectas, definen un solo “modelo de hombre y de mujer”, una sola forma de vivir nuestra condición de ser mujer o ser hombre en obediencia a un mandato divino, cuyo incumplimiento es catalogado como pecado y como pecadores a quienes transgreden dicho mandato. La noción de pecado ha tenido y aún tiene un peso psicológico y social profundo, que condena y estigmatiza a la sexualidad.

e. **Estado:** El Estado, al no cumplir con los acuerdos y tratados internacionales en materia de derechos humanos y derechos de las mujeres particularmente, además de la normativa nacional (Ley N° 348, 070, por ejemplo), ratifica la continuidad de las desigualdades históricas entre hombres y mujeres.

f. **Medios de comunicación:** El papel de los medios de comunicación en las desigualdades de género es determinante, pues la televisión, la radio, los periódicos, revistas, el internet y las redes sociales influyen y moldean nuestra forma de ver la realidad. Si miramos con detenimiento encontraremos que el común denominador en los medios de comunicación es la normalización y el reforzamiento de los estereotipos y roles de género. Un estereotipo marcado, por ejemplo, es el de mujeres “bellas y esbeltas cuyos cuerpos son objetos sexuales”, en el caso de los hombres se debe tener “cuerpos atléticos, poder y dinero”.

4. Aportes para construir la igualdad de género

Las desigualdades de género tienen causas estructurales históricas, como por ejemplo la propiedad de los medios de producción, por ello construir la igualdad y la equidad implican agendas económicas, políticas y sociales profundas, sin embargo, hay acciones que como padres, madres y tutores podemos promoverlas aportando así un granito de arena en la igualdad de género.

a) Conciliar la vida laboral, familiar y personal

Plantea la necesidad de compatibilizar los tiempos dedicados al trabajo, a la familia y al desarrollo personal. Conciliar es mantener el equilibrio entre estas tres dimensiones, para que hombres y mujeres opten a las mismas posibilidades de desarrollo profesional y personal, pues de lo contrario la población femenina seguirá viéndose postergada en su desarrollo profesional y personal.

b) Corresponsabilidad en el ámbito doméstico y familiar

Hace referencia a la necesidad de repartir las tareas domésticas y las responsabilidades familiares entre las personas que conviven en el hogar, con el propósito de distribuir equitativamente las tareas. Convivir en Igualdad implica asumir la corresponsabilidad desde el núcleo familiar, es incorporar un cambio de actitud que pase del “ayudar” al “compartir”.

c) Corresponsabilidad social

Es la implicación de las administraciones públicas, las empresas, los sindicatos, las iniciativas o movimientos sociales, para poder llevar a cabo un cambio social que introduzca nuevos modelos de organización que favorezcan la corresponsabilidad y la conciliación entre hombres y mujeres, mediante el impulso y desarrollo de acciones y medidas para tal fin.

d) Parentalidad positiva

La Parentalidad positiva se define como “un comportamiento parental que asegura la satisfacción de las principales necesidades de los y las menores, es decir, su desarrollo y capacitación sin violencia, proporcionándoles el reconocimiento y la orientación necesaria que lleva consigo la fijación de límites a su comportamiento, para posibilitar su pleno desarrollo”. Así, se promueve un cambio en el rol parental, es decir, un nuevo modelo de ejercer la responsabilidad parental, un cambio en la gestión de las responsabilidades en la crianza de hijos e hijas.

Es un concepto que permite reflexionar sobre el papel de la familia y los diferentes modelos familiares que conviven en nuestra sociedad. Se trata de que los padres y madres reflexionemos sobre nuestro rol y aprendamos a tomar decisiones teniendo en cuenta la singularidad de nuestros hijos e hijas.

Taller 1

Mirando desde el Sistema Sexo Género

• Objetivo

Analizar y reflexionar sobre el sistema sexo género y la construcción social de género, roles y estereotipos que refuerzan una desigualdad social y genérica entre las personas.

• Presentación y desarrollo

1. Empleando la técnica de los números, se pedirá formar 4 grupos. A cada grupo se entregará un papelógrafo, un dibujo (ver material 1) y tarjetas de colores con preguntas que deberán analizar. Las preguntas por grupo son:

Grupo 1	Grupo 2	Grupos 3 y 4
¿Cómo se dice que son las mujeres en la comunidad? (Tarjetas color amarillo)	¿Cómo se dice que son los hombres en la comunidad? (Tarjetas color verde)	¿Qué deben aprender en la niñez y como deben comportarse? (Tarjetas color amarillo) ¿Qué deben aprender en la adolescencia y como debe ser su comportamiento? (Tarjetas color verde)
¿Qué diferencias físicas tienen hombres y mujeres? (Tarjetas color rosadas)		¿Qué actividades deben realizar cada uno, ya sea en la niñez y la adolescencia? (Tarjetas color celeste)
¿Qué actividades realizan cada uno? (Tarjetas color celeste)		

2. Al terminar, cada equipo expondrá su trabajo, se verá si algún grupo puede complementar con otros aportes. Posteriormente, la o el facilitador mediante lluvia de ideas preguntará al pleno:

- ¿Quién asigna esas características a mujeres, hombres? ¿Dónde se aprende?
- ¿Cómo tienen que ser las mujeres y los hombres en la comunidad?
- ¿Esas características de hombres y mujeres, acarrea problemas? ¿no, si, cuáles?
- ¿Qué quisieran que pueda cambiar de esas características? ¿Por qué?
- Esas características aprendidas como hombres y mujeres ¿son buenas para nuestras hijas e hijos? Si/No ¿Por qué?

3. En plenaria, luego de reflexionar sobre las anteriores preguntas, la o el facilitador explicará el concepto de género, empleando ejemplos de los mismos trabajos de grupos, poniendo énfasis en:

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Dibujo de una mujer y un hombre
- Marcadores
- Papelógrafos, tarjetas de colores
- Láminas con conceptos de sexo, género, estereotipo, rol de género, identidad de género.

- La diferencia del sexo biológico (varón y mujer) como principal factor para definir los roles de género.
- El carácter de construcción social e histórico del género.
- La familia, escuela, religión, medios de comunicación, como principales transmisores del género y los estereotipos de género.

4. Con la finalidad de enfatizar en los estereotipos de género y las desigualdades que genera entre hombres y mujeres, se reproducirá el video "Despierta Raimundo, despierta" (material 2), luego, mediante lluvia de ideas, se analizará las siguientes preguntas (La opinión y lo que sintieron al ver el video):

- ¿Qué partes de este video se relacionan con la vida real en nuestra sociedad?
- ¿Qué actitud de Raimundo les gusto más, la del sueño o la de cuándo despierta? ¿Por qué?
- ¿En el video mujeres y hombres tienen los mismos derechos? Si/No ¿Por qué?
- ¿Será que hay una sola forma de ser hombres y mujeres? Si/No ¿Por qué?

5. Se pedirá que las y los participantes puedan cerrar los ojos por un minuto y pensar si "hay elementos del video que se dan en familia y si estos pueden cambiar para bien de la familia". Al respecto, se pedirá que voluntariamente puedan compartir sus reflexiones.

6. Posteriormente, se presentará una lista de estereotipos de género, en torno a los cuales las y los participantes opinaran si estos son correctos o no y por qué. (Ver material 3).

7. En función a los resultados del cuadro, la o el facilitador hará notar como estos estereotipos marcan la vida de las personas, sus familias y comunidades, siendo una de las consecuencias más lamentables, la naturalización de la violencia y la vulneración de derechos contra las mujeres, entre ellos los DSDR.

i. Los roles y estereotipos de género son construcciones socioculturales que cambian con el tiempo, por tanto, es posible construir relaciones más respetuosas y de convivencia entre las personas, sin discriminación, principalmente en razón de sexo y género.

ii. La igualdad de género implica que todas las personas podamos tener una vida plena, con ejercicio de derechos en condiciones de igualdad y equidad, sobre todo entre hombres y mujeres, a fin de suprimir la violencia y discriminación en razón de género.

iii. La familia es un espacio clave para la construcción de una sociedad más igualitaria y justa.

• Ideas para la reflexión final



- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Evaluación del taller



a. Material 1: Dibujos

- Grupo 1: Dibujo de un hombre de comunidad.
- Grupo 2: Dibujo de una mujer de comunidad.
- Grupo 3: Dibujo de una wawita mujer y su desarrollo en la niñez y adolescencia.
- Grupo 4: Dibujo de una wawita varón y su desarrollo en la niñez y adolescencia.

• Material de apoyo



b. Material 2: Link del video “Despierta Raimundo, despierta” <https://www.youtube.com/watch?v=JsuEaD6Jtu4>

c. Material 3: Estereotipos de género

• Lo que se dice de hombres y mujeres	• Verdad	
	Son correctos	No son correctos
Si la primera wawa es hombrecito, no es buena suerte para la pareja.		
La mayor felicidad en la vida de una mujer es ser madre.		
Uno aprende a ser hombre en el cuartel.		
Las mujeres son bondadosas, frágiles y puras.		
Los hombres son forzudos, “choleros” y violentos.		
El padre debe mantener a la familia y la madre debe ocuparse de los quehaceres del hogar y la crianza de las wawas.		
Un hombre que lava platos en su casa en un “pocholo” o “mandacho”.		
Un hombre que solo tiene hijas mujeres es un “chancletero”.		

Tema 2

Avanzando en la Igualdad de Género y los Derechos de las Mujeres

· Lectura de apoyo



1. La Igualdad de Género y los Derechos de las Mujeres en la Historia

Los estereotipos de género a lo largo de la historia dieron lugar a diversas desigualdades de género en contra de la mujer, por ejemplo, la primera vez que se habló de los Derechos Humanos no se consideró a las mujeres.

La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789, primer documento de reconocimiento de derechos, a pesar de sus principios de “libertad, igualdad y fraternidad”, excluía a la mujer y a todos quienes no fueran hombres, adultos y blancos. Sin embargo, Olimpia De Gouges que luchó en la revolución, exigió la inclusión de las mujeres y proclamó “Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadana”, el documento fue quemado y su autora asesinada en la guillotina.

Durante siglos algunas mujeres se beneficiaron de algunos derechos de los hombres, por extensión, al ocupar ciertos roles como el ser esposas de un ciudadano hombre, mas no por el solo hecho de ser mujer. Ello produjo una exclusión histórica de las mujeres y una invisibilización de sus necesidades y diferencias, en consecuencia, las mujeres nos organizamos y luchamos por el reconocimiento de nuestros Derechos, entre ellos: por mejores condiciones laborales, por la ciudadanía mediante el voto, la participación política, el acceso a la salud, los DSDR, la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer, entre otros.

Después de la declaración de los derechos humanos (1948), se dio la necesidad de especificar Derechos Humanos para diversas poblaciones, entre ellas mujeres, niños y niñas, indígenas, refugiados/as, personas con discapacidad, personas LBGTI.

Otras definiciones importantes son:

Igualdad de género

Significa igual tratamiento para mujeres y hombres en las leyes y políticas, e igual acceso a los recursos y servicios dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Equidad de género

Significa justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre varones y mujeres. Frecuentemente requiere programas y políticas específicas para mujeres, que eliminen las inequidades existentes.

Discriminación de género

Se refiere a cualquier distinción, exclusión o restricción hecha sobre la base de los roles y las normas de

2. Consecuencias de la Desigualdad de Género

El enfoque de género ha permitido estudiar que las diferencias entre hombres y mujeres se convierten en desigualdades que generan una serie de consecuencias negativas tanto para hombres como para mujeres:

género socialmente construidas que impidan que una persona disfrute plenamente los derechos humanos.

- La masculinidad que se ejerce en las comunidades puede llevar a la muerte prematura de los hombres por el consumo de alcohol y por violencia, por ejemplo.
- A los hombres les cuesta desarrollar una paternidad más abierta y afectiva, no les es fácil expresar sus emociones.
- Poca predisposición para construir relaciones coordinadas, concertadas, corresponsables y sin violencia entre hombres y mujeres.
- A la mujer se le dice que “tiene que aguantar todo por la felicidad de su familia” y en el hombre se naturaliza que deba ser violento y agresivo “para ser hombre”.
- En el ámbito de la sexualidad, las mujeres tienen poco derecho a decidir y al disfrute de su cuerpo, en cambio los hombres pueden tener libertad sexual.
- El derecho a la educación (ir a la escuela, acceder a una carrera universitaria o técnica) es más limitada para las mujeres; aunque este derecho es limitante para hombres y mujeres cuando hay pobreza.
- Las mujeres tienen menos acceso a propiedades y créditos, pese a que participan en la producción de alimentos, no pueden desarrollar su potencial por falta de semillas, tecnologías, crédito y asistencia técnica.
- A los hombres se les presiona desde pequeños para mostrar su hombría llevándolos a vivir muchos riesgos,

3. Los Derechos de las Mujeres

enfermedades, preocupaciones, estrés, si no pueden desempeñar esos roles.

Los derechos de las mujeres y las niñas son derechos humanos, abarcan todos los aspectos de la vida: la salud, la educación, la participación política, el bienestar económico, el no ser objeto de violencia, entre otros. Las mujeres y las niñas tenemos derecho al disfrute pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y a vivir libres de todas las formas de discriminación y violencia: esto es fundamental para el logro de los derechos humanos, la paz y la seguridad, y el desarrollo sostenible.

La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995) confirma que la protección y promoción de los derechos humanos es la primera responsabilidad de los gobiernos y está en el centro del trabajo de las Naciones Unidas. Todos los principales instrumentos internacionales en materia de derechos humanos estipulan que se debe poner fin a la discriminación por razones de sexo. Casi todos los países han ratificado la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW - 1979)”.

4. Los Derechos de las Mujeres en Bolivia

Sin embargo, en la actualidad todavía existen importantes brechas y violaciones de estos derechos.

En Bolivia hay un importante avance en la normativa que garantizan la vigencia de los derechos de las

• Leyes	• Artículos Explícitos
Los Derechos de las mujeres en la Constitución Política del Estado	<p>Artículos: 8, 9, 11, 13, 14, 15, 21, 25, 26, 62, 63, 66, 82, 144, 147, 209, 210, 241, 242, 270 y 278.</p> <p>Art. 8- ...valores del Estado: la igualdad, la inclusión, la libertad, el respeto, la justicia social, la igualdad de oportunidades y la equidad social y de género en la participación.</p> <p>Art. 11 – Se adopta como forma de gobierno la democracia participativa, representativa y comunitaria, con equivalencia de condiciones entre hombres y mujeres.</p> <p>Arts. 13 y 14 - ... Prohíbe y sanciona toda forma de discriminación en razón de sexo, edad, cultura o cualquier otra condición.</p> <p>Art. 26 - ... ejercicio y control del poder político ... La participación será equitativa y en igualdad de condiciones entre hombres y mujeres”.</p> <p>Arts. 63 - El Estado reconoce que todos los integrantes de la familia tienen igualdad de derechos, obligaciones y oportunidades.</p> <p>Art. 66.- Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus DSDR.</p>
Ley N° 348 (9/03/2013) Ley Integral para garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia	<p>Art.1. ... se funda en el mandato constitucional y en los Instrumentos, Tratados y Convenios Internacionales de Derechos Humanos ratificados por Bolivia, que garantizan a todas las personas, en particular a las mujeres, el derecho a no sufrir violencia física, sexual y/o psicológica tanto en la familia como en la sociedad.</p> <p>Art. 2. ... tiene por objeto establecer mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección y reparación a las mujeres en situación de violencia.</p> <p>Art. 3. I. El Estado asume como prioridad la erradicación de la violencia hacia las mujeres.</p>
Ley N° 243 (28/04/2012) Ley Contra el Acoso y la Violencia Política hacia las Mujeres	<p>Art. 2. ... tiene por objeto establecer mecanismos de prevención, atención, sanción contra actos individuales o colectivos de acoso y/o violencia política hacia las mujeres, para garantizar el ejercicio pleno de sus derechos políticos.</p>
Ley N° 263 (31/07/2012) Ley Integral Contra la Trata y Tráfico de Personas	<p>Art. 1. ...tiene por objeto combatir la Trata y Tráfico de Personas, y delitos conexos, garantizar los derechos fundamentales de las víctimas a través de medidas y mecanismos de prevención, protección, atención, persecución y sanción penal de estos delitos.</p> <p>Art. 3. ... fines: 3. Fortalecer la respuesta del sistema judicial penal contra los delitos de Trata y Tráfico de Personas, y delitos conexos.</p>
Ley N° 045 (08/10/2010) Ley Contra el Racismo y Toda Forma de Discriminación	<p>Art. 1. II. tiene por objetivos eliminar conductas de racismo y toda forma de discriminación y consolidar políticas públicas de protección y prevención ...</p> <p>Art. 5. ... se entiende por a) Discriminación a toda forma de distinción, exclusión, restricción o preferencia fundada en razón de sexo, color, edad, orientación sexual e identidad de géneros, origen, cultura, nacionalidad, ciudadanía, idioma, credo religioso, ideología, filiación política o filosófica, estado civil, condición económica, social o de salud, profesión, ocupación u oficio, grado de instrucción, capacidades diferentes y/o discapacidad física, intelectual o sensorial, estado de embarazo, procedencia, apariencia física, vestimenta, apellido u otras que tengan por objetivo o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de derechos humanos y libertades fundamentales reconocidos por la CPE y el derecho internacional. No se considerará discriminación a las medidas de acción afirmativa.</p>

Ley N° 341 (05/02/2013) Ley de Control Social y Participación Ciuda- dana	Art. 3 Fines... 6. Garantizar todas las formas de Participación y Control Social. 7. Fomentar y fortalecer las formas de Participación y Control Social de los sectores sociales y/o sindicales organizados, juntas vecinales, naciones y pueblos indígena originario campesinos, las comunidades interculturales y afrobolivianas, en la formulación, seguimiento a la ejecución y evaluación de políticas públicas del Estado Plurinacional, de acuerdo a su propia organización y de conformidad a sus normas, procedimientos propios y formas de gestión.
---	---

mujeres. Entre estas leyes están.

Lamentablemente estos avances tardan en concretarse en hechos reales, debido entre otros factores a:

- Un sistema económico y social, cuya distribución de la riqueza es desigual.
- Poder patriarcal que subordina a la mujer, la aleja de la toma de decisiones en los espacios de poder y ratifica la afirmación histórica que la pobreza tiene rostro de mujer.
- Imposición de valores y creencias que trajo consigo la colonia.
- Un sistema judicial caracterizado por la retardación de justicia, la injerencia político partidaria e incluso la corrupción.

Por estas y otras razones, hay demasiadas situaciones de vulneración de los derechos de la mujer en Bolivia, entre estos:

a) El Derecho a la No Violencia

- 7 de cada 10 mujeres sufren en su vida algún tipo de violencia (física, sexual, emocional, económica, etc.), posicionando a Bolivia en el primer lugar de trece países latinoamericanos.
- El 75% de las mujeres que han sufrido violencia, no habla de ello y solamente el 17% se atreve a dirigirse a la Policía para denunciar.
- Una mujer muere cada tres días víctima de feminicidio. Los tipos de violencia más comunes son los golpes, castigos físicos, psicológicos y violaciones.
- De los casos denunciados, un 93% de los agresores son hombres y el 78% de este grupo son esposos o concubinos de las denunciadas.
- En Bolivia a partir de los casos denunciados y según la Fiscalía Especializada para Víctimas de Atención Priorizada (FEVAP), hay en promedio una violación cada 4 horas.

b) Derecho a la Salud y a la Salud Sexual y Salud Reproductiva

- Por cada 100.000 niñas o niños que nacen vivos, mueren 390 mujeres al tenerlos. El 42.2% de mujeres enfrentan su embarazo con desnutrición crónica, más aún en zonas indígena originaria campesina.
- Según el Ministerio de Salud, el cáncer de cuello uterino y de mama están entre las principales causas de muerte de las mujeres. Bolivia está entre los países con los índices más altos de la región.
- Se calcula que cada año mueren 638 mujeres entre 25 a 64 años de edad (casi dos mujeres por día) a causa del Cáncer de Cuello Uterino (...) la situación empeora en mujeres pobres, indígenas originarias, campesinas porque no tienen acceso a centros médicos.

- La tasa de natalidad en mujeres entre 15 y 19 años en Bolivia es de 116 por cada 1.000, mientras que el promedio regional es de 77 por cada 1.000. El 10% de las muertes de mujeres se producen por abortos mal practicados.

c) **Derecho al Trabajo**

- En Bolivia, cada día más mujeres se integran al mundo del trabajo remunerado, sin abandonar las tareas reproductivas tradicionales.

- Según el CEDLA, para el 2017, en las principales ciudades del país las mujeres conforman el 46% de la población ocupada, 47% entre la asalariada y el 53% entre la independiente. Las mujeres asalariadas trabajan en un grupo reducido de ocupaciones definidas como femeninas (servicios sociales y personales, comercio por menor, manufactura). Este trabajo se caracteriza por: la Inestabilidad laboral y mala remuneración, tareas repetitivas y sin enriquecimiento o desarrollo profesional (servicios), contratación sin derechos laborales en el sector privado y público (consultorías en línea), No se garantiza el acceso al sistema de previsión social (salud y seguridad social).

5. Efectos del Incumplimiento de los Derechos de las Mujeres en Bolivia

- Según Silvia Escobar (CEDLA - 2021), en Bolivia la economía informal esta alrededor del 80%, un porcentaje que ha aumentado por la emergencia sanitaria.

- i. Al no contar con el derecho laboral garantizado, las mujeres son parte de la explotación laboral y el acoso laboral, engrosan los mayores índices de desempleo y trabajo informal. Esta situación coloca a las mujeres y sus familias, principalmente a “madres solteras”, en condiciones de mayor pobreza y vulnerables a ser víctimas de diversos tipos de violencia.

- ii. Los datos preocupantes sobre el cáncer de cuello uterino y de mama, junto a la mortalidad materna, muestran ser las principales causas de muerte en mujeres cada vez más jóvenes, así mismo, estos datos permiten evidenciar la precariedad del sistema de salud público. Las muertes de mujeres por temas de salud, se traduce en el incremento de huérfanos y desprotección de la niñez.

- iii. Los datos sobre violencia contra las mujeres, tienen su expresión cúspide en el feminicidio cuyas consecuencias nefastas las viven niñas, niños y adolescentes. La violencia de género y la violencia sexual en particular, constituye un indicador crítico de marginación, desigualdad, exclusión y discriminación contra las mujeres, lo que en suma imposibilita el ejercicio pleno de ciudadanía.

- iv. Otras consecuencias que emergen del incumplimiento de los derechos de las mujeres en Bolivia son la doble discriminación de mujeres indígena originarias campesinas, la situación de mujeres en situación de prostitución entre otros que barbáricamente tienden a naturalizarse.

La posición desigualitaria en relación al poder entre mujeres y hombres, repercute tanto en la capacidad

Taller 2

Avanzando en la Igualdad de Género y los Derechos de las Mujeres

• Objetivo

Sensibilizar sobre la importancia de avanzar en las relaciones de igualdad de género, como un paso vital hacia el ejercicio de los derechos de las mujeres.

• Presentación y desarrollo

1. Cada participante se presentará mencionando su nombre y una desigualdad o injusticia que haya entre hombres y mujeres, hasta que todos se presenten.

2. Posteriormente, la o el facilitador mencionará que dichas desigualdades tienen como origen en cómo se ha construido las relaciones de género, siendo las mujeres las más desfavorecidas. Luego se preguntará:

- ¿Estas desigualdades afectan a la comunidad? Si/No ¿Por qué?
- ¿Estas desigualdades afectan en las relaciones de familia? Si/No ¿Por qué?
- ¿Cómo se puede detener estas desigualdades entre hombres y mujeres?

3. La o el facilitador puntualizará que estas desigualdades se remontan a muchos siglos atrás en el mundo, por ello las mujeres empezaron a plantear derechos específicos de las mujeres.

4. Se trabajará con “Cine Debate”, para ello se reproducirán 3 videos (ver material 1), a la conclusión de cada video se presentará láminas con datos estadísticos (ver material 2) sobre la problemática en particular, luego se abrirá el debate en función a las siguientes preguntas:

- ¿Qué opinan del video y los datos estadísticos? ¿El video y los datos tienen relación con lo que pasa en nuestras vidas y en nuestras comunidades?
- ¿Hay leyes en Bolivia para mejorar situación de las mujeres y de los hombres? ¿Qué se hace desde el Estado para atender estas situaciones?

5. La o el facilitador mencionará que esta realidad es de hace mucho tiempo atrás, y que por ello a nivel mundial gracias a la movilización de muchas mujeres se ha luchado por los derechos de las mujeres. En Bolivia se tiene las siguientes leyes:

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Data Display
- Computadora portátil
- Parlantes
- Videos
- Láminas
- Papelógrafos
- Marcadores
- Masquin

- Los Derechos de las mujeres en la Constitución Política del Estado
- Ley N° 348 de 9 de marzo de 2013, Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia.
- Ley N° 243 de 28 de mayo de 2012, Ley Contra el Acoso y la Violencia Política hacia las Mujeres
- Ley N° 263 de Ley de 31 de julio de 2012 Ley Integral Contra la Trata y Tráfico Personas
- Ley N° 045 de 8 de octubre de 2010, Ley Contra el Racismo y Toda Forma de Discriminación
- Ley N° 341 de 5 de febrero de 2013, Ley de Control Social y Participación Ciudadana

6. Se mencionará que incluso con estas leyes, las condiciones de vida de las mujeres en Bolivia, continúa siendo precaria pues las estadísticas no varían significativamente. Mediante la lluvia de ideas se anotarán en un papelógrafo todas las ideas. Se guiará la técnica con las siguientes preguntas:

- Desde lo personal ¿Qué más se puede hacer para cambiar la situación de las mujeres?
- Desde lo familiar ¿Qué más se puede hacer para cambiar la situación de las mujeres?
- Desde lo colectivo ¿Qué más se puede hacer para cambiar esta situación de las mujeres?

7. Considerando los aportes del papelógrafo, se pedirá que las y los participantes de manera individual, puedan pensar y analizar sobre:

- ¿Cómo estoy viviendo con mi pareja y/o familia? ¿Soy víctima o agresor/a? ¿A quiénes más se lastima con la violencia en la familia? ¿Qué puede hacer para cambiar esta situación?
- Desde lo familiar, se podrá pensar en cómo es la relación de la familia (se, habla, se grita, se golpea) y cómo esta puede mejorar si hombres y mujeres comprendemos que la relación de pareja y con la familia, no es un “juego de poder” sino una relación de coordinación, consenso y respeto.
- Desde lo colectivo se podrá pensar en qué les hace falta a las instituciones que garantizan nuestros derechos y, cómo desde la comunidad se puede ayudar a que los derechos humanos y los derechos de las mujeres se cumplan.

i. Los derechos de las mujeres no buscan “pisotear a los hombres”, por el contrario, en la medida que estos derechos se cumplan, hombres y mujeres pueden vivir de manera más plena y respetuosa.

ii. El Estado junto a los Gobiernos Departamentales y Municipales tienen el deber de crear políticas, programas y proyectos con recursos económicos para que se cumplan los derechos humanos y los derechos de las mujeres.

• Ideas para la reflexión final



iii. Se puede aportar al cambio social para lograr una sociedad de respeto y convivencia entre hombres y mujeres, podemos empezar por asumir pequeños compromisos personales, entre ellos, el compartir las tareas del hogar, evitar el uso de la violencia, entablar espacios de comunicación como pareja y con las hijas e hijos.

- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• **Evaluación del taller**



a. **Material 1:** Links de videos

- Violencia contra la mujer: <https://www.youtube.com/watch?v=XlryCNiKRnE>
- Salud: <https://www.youtube.com/watch?v=D8YZqBYP950>
- Trabajo: https://www.youtube.com/watch?v=5O_QwUQOII
- Política: <https://www.youtube.com/watch?v=mcllrGoYzkY>
- SSySR: <https://www.youtube.com/watch?v=VzwW8eKhGhI>

• **Material de apoyo**



b. **Material 2:** Láminas con datos estadísticos

• Videos	• Datos
Violencia contra la mujer	Copiar los datos presentados en la lectura de apoyo. Se sugiere buscar actualizar los datos constantemente para cada taller.
Salud, Salud Sexual y Salud Reproductiva	
Trabajo	

Tema 3

Lo “macho”, una construcción social que limita nuestras vidas

· Lectura de apoyo



1. ¿Que es la masculinidad hegemónica?

Las masculinidades se definen, como los mandatos, roles, tareas y comportamientos que la sociedad relaciona, en un momento histórico determinado, con las diferentes formas de ser hombre, y que son enseñadas a los mismos a través de los distintos espacios de socialización.

La masculinidad hegemónica es aquella práctica asumida por los hombres que legitima el patriarcado, la que garantiza la posición dominante de los hombres y la sumisión de las mujeres, no es de carácter fijo, no es la misma siempre y en todas partes, implica una masculinidad siempre disputable.

Considerar sólo una masculinidad, una única manera de ser “hombre” impide ver la variedad y riqueza de la experiencia de la masculinidad, se corre el riesgo de caer en el fundamentalismo y la intolerancia. Considerar solo una masculinidad “la correcta” deja a una gran cantidad de hombres fuera de “lo correcto”.

En sociedades patriarcales como la nuestra, la masculinidad hegemónica es la manera en que se les enseña a los hombres cómo deben comportarse, qué tienen que pensar y cómo tienen que manejar los sentimientos. Son mensajes, mandatos y roles que incorporan (portan en sus cuerpos) desde que nacen a través de los distintos procesos de socialización y que buscan mantener el dominio y los privilegios masculinos.

Frente al orden de la dominación masculina se puede identificar un amplio abanico de estructuras y de vivencias de la masculinidad. En un extremo están posiciones que incorporan los modelos masculinos dominantes, asimilándolos y asumiéndolos sin cuestionarlos. En el otro extremo están perspectivas que ponen en cuestión esa lógica y esos modelos, denunciando la injusticia que sostienen y poniendo en cuestión los fundamentos ideológicos de su dominación o los imaginarios sociales que la justifican. Se trata de posiciones conscientes de su dimensión política y que buscan unirse a las políticas por la igualdad y la redistribución socioeconómica, junto con las políticas por el reconocimiento de género, étnico, etcétera.

2. La masculinidad increpadora de “lo macho”

La masculinidad “hegemónica”, no es escogida, se crece en ella, se vive con ella, se lucha por ella. Impone una manera rígida de comportarse, basada en aspectos de poder, violencia y una supuesta, siempre lista, capacidad a las relaciones sexuales. Para los varones estas son características obligadas para mostrar y reafirmar constantemente que es un hombre y “lo macho que es”.

Algunos de los atributos que el hombre debe poseer para considerarse un “verdadero hombre macho” son: poderoso, fuerte, rudo, competitivo, dominante, triunfador, seguro de sí mismo. Los hombres tienen prohibido manifestar emociones o sentimientos, pues son considerados signos de debilidad y de lo femenino.

Es fácil tachar a algunos hombres de machistas, pero es más difícil observar ese machismo cuando está en uno mismo y cuando ha tomado formas elegantes de operar, de tal modo que actúa impunemente. También

es difícil para algunas mujeres detectar cómo en ellas mismas actúa el modelo hegemónico (en su actuar, su pensar, su creer). La masculinidad también es una estructura ideológica, una manera de ver las relaciones, la cultura, el mundo, desde donde se decide, emite y modela esa conducta.

3. "Marcas hegemónicas"

Estas marcas son características físicas y emocionales, roles asumidos socialmente, muy valorados por el sistema bipolar de los géneros. Los hombres nacen con algunas de ellas, otras son adquiridas o construidas. Tener marcas y mostrarlas implica una posición de supremacía no sólo frente a las mujeres, sino frente a otros hombres. Estas marcas son profundas, llegan a convertirse en pautas de identidad, en marcadores de género que miden la masculinidad y en torno a las cuales se configura el cuerpo, la psique, la identidad.

- **Fuerza física:** Permite dominar, controlar y ejercer poder. Es un mandato social que los hombres deben ser fuertes, resistentes, estar siempre a la ofensiva, rudos, tenaces, arriesgados y violentos "cuando sea necesario". Un hombre que demuestra debilidad, es sujeto a ser discriminado.
- **Inteligencia racional:** Los hombres deben ser decididos. Toman decisiones porque son capaces de pensar y razonar. A partir de esta creencia se considera que los hombres tienen mayor responsabilidad y capacidad para asumir trabajos relacionados con ciencias, cultura y política.
- **Libertad:** El principal atributo del poder es la libertad, derecho exclusivo de hombres, libertad de movimiento social, de asumir o no la responsabilidad paterna, familiar, social y sobretodo, la libertad sexual.

Aunque no todos los hombres son iguales, la construcción social de la masculinidad hegemónica y el sistema machista se basan y sustentan en dos aspectos fundamentales: todo hombre asimila el ejercicio del poder de dominio y control como atributo intrínseco de la masculinidad; todo hombre vive su heterosexualidad de manera obligatoria y dominante, desvalorizando la sexualidad de las mujeres (misoginia) y la de personas homosexuales (hombres = homofobia).

Según estudios del antropólogo David Gilmore (1994), en todas las sociedades patriarcales hay cuatro mandatos que los hombres deben cumplir para ser considerados "verdaderos" hombres:

a. Ser proveedores

Este mandato "obliga" a los hombres a ser el jefe de familia, el que lleva el sustento a la casa y mantiene a la familia económicamente, así, los hombres deben trabajar fuera de casa para garantizar su rol, lo que le permite ejercer el poder sobre los demás miembros de la familia e imponer sus reglas para la convivencia.

b. Ser protectores

Le impone al hombre la responsabilidad de cumplir la función de proteger a las demás personas, especialmente a las mujeres. Con frecuencia, esa protección se transforma en control hacia las mujeres, y a partir de eso, se espera que ellas sean dependientes de ellos. Es decir, se convierte en un ejercicio de poder.

c. Ser procreadores

Sostiene que ser un "verdadero hombre" es tener la capacidad de fecundar y tener hijos, especialmente del sexo masculino, por lo que los hombres deben ser siempre sexualmente activos, con lo cual, se fomentan las conquistas amorosas permanentes.

d. Ser autosuficientes

La autosuficiencia –tanto económica como en otros ámbitos de la vida– significa hacer todo solo sin necesitar ayuda. El mandato exige no depender ni confiar en nadie, seguir e imponer sus propias reglas sobre los demás. Estos mandatos también son aprendidos por las mujeres y, en consecuencia, esperan y exigen a los hombres que los cumplan. Si estos mandatos son vividos de manera extrema, son la mejor forma de mantener el poder de los hombres sobre las mujeres. Pero si los hombres no los cumplen, sienten que está en crisis su masculinidad y su identidad como hombres.

4. Costo beneficio de la masculinidad hegemónica

- Beneficios

La cultura y los valores patriarcales permiten a los hombres obtener ciertos beneficios (privilegios): desde pequeños tienen más libertad para salir de casa y de ser menos visibles al control de los adultos. Se los estimula a ser más independientes, a que tomen decisiones y desarrollen sus capacidades tanto físicas como intelectuales. En la vida adulta, los hombres gozan de una mejor inserción laboral que les permite el manejo de los recursos y los bienes. Del mismo modo, tienen mayores posibilidades que las mujeres para acceder a lugares de liderazgo en la vida pública, en la política y en las empresas.

En la pareja, son quienes suelen manejar los ingresos familiares. Suelen tomar la iniciativa en las relaciones sexuales para que sean como ellos quieren y cuando quieran. En parejas donde hay violencia, los hombres son, en la mayoría de los casos, quienes la ejercen. Entonces, en las sociedades patriarcales estos beneficios y otros, son prácticamente exclusivas de los hombres que implica un lugar de subordinación de la mujer.

- Costos

Los beneficios de la masculinidad patriarcal tienen costos en la vida de los hombres. Como señala Reginaldo Bianco (1998), “cuando comparamos a hombres y mujeres desde una perspectiva de ejercicio de poder, los hombres tenemos las ventajas. Sin embargo, si nos comparamos desde un punto de vista de nuestras aspiraciones y necesidades más íntimas, los hombres siempre perdemos”.

Para cumplir el mandato de proveedores, los hombres deben dedicar gran cantidad de tiempo (cada vez más) a sus empleos, lo que a muchos les impide disfrutar de otros aspectos importantes (cuidado de los hijos e hijas, relación de pareja, la propia salud o el ejercicio de otras vocaciones). En la actualidad hay gran cantidad de hombres desempleados que no pueden ser proveedores, muchos viven esta frustración en silencio y llegan a sufrir depresiones o malestares con ellos mismos, con sus parejas o con su entorno en general.

La regla de ser protectores los obliga a ostentar valentía, enfrentar peligros y tener todas las situaciones bajo control, se espera que “formen su carácter” y que no se dejen amedrentar. El costo es que muchas veces los hombres son incapaces de percibir el riesgo y, en consecuencia, de cuidarse a sí mismos. En muchos grupos, en especial entre los jóvenes, esto implica demostrar que tienen mucha resistencia al alcohol o a las drogas, que no sienten miedo de enfrentar peleas callejeras o de manejar a alta velocidad. También suele pasar que los niños y jóvenes no arriesgados, son tratados como “menos hombres”.

Ser procreadores supone que todo el tiempo deben desear y conquistar a las mujeres, a más experiencias sexuales, más “machos” serán. La realidad muestra que cada vez hay más hombres que preferirían tener relaciones de pareja plenas, sin embargo, temen ser tildados de “poco hombre” o de “dominados” y reprimen sus verdaderos deseos. Este mandato también puede promover que algunos hombres mantengan relaciones sexuales (ocasionales o no) sin protección, exponiéndose a embarazos no planeados y a ITSs.

La contracara del mandato de ser autosuficientes (“pueden solos con todo”) es la profunda soledad y la imposibilidad de mostrar inseguridad o dudas. Creer que un fracaso los deja fuera del juego y que los convierte en personas débiles e inútiles. Muchas veces estos mandatos llevan a algunos hombres a tener conductas abusivas y a causar sufrimiento a ellos mismos y a los y las demás.

5. Las masculinidades para relaciones humanas entre hombres y mujeres

Por más de 50 años, el feminismo y los movimientos de mujeres permitieron demostrar que las desigualdades de género y el machismo funcionan como causas y sostenes de las diversas manifestaciones de violencia contra las mujeres, así, muchos fueron los esfuerzos para visibilizarla, crear servicios de asistencia y políticas públicas para enfrentarla. Sin embargo, como señala Eleonor Faur (2004), “la reflexión sobre las relaciones sociales entre hombres y mujeres quedó prácticamente suscrita a un submundo habitado por mujeres”.

Si se parte de la premisa de que las relaciones entre los géneros (incluidas las violentas) son resultado de una historia cultural, una forma de cambiarlas es promoviendo nuevos valores basados en los principios de igualdad y equidad compartidos por hombres y mujeres. Es imposible pensar en erradicar la violencia hacia las mujeres sin involucrar y comprometer a los hombres.

La masculinidad de los hombres adquiere características particulares de acuerdo con la pertenencia a una clase social, de acuerdo con su capital social y cultural, según su identidad étnica o religiosa y hasta su edad y el momento de la vida que estén transitando. La masculinidad significa cosas diferentes en diferentes hombres, a diferentes edades, en diferentes épocas y en diferentes sociedades. Por eso, y afortunadamente, no todos los hombres son iguales, esto nos permite apostar a que hombres y mujeres podemos construir un mundo más equitativo e igualitario, a partir de entrenar la mirada y generar procesos de reflexión y sensibilización, ejercitándonos en una nueva trama de relaciones sociales para lograr otra división del trabajo, otra distribución de los recursos y otra definición de jerarquías y poder entre unos y otras. Necesitamos construir nuevas tramas sociales, con masculinidades diversas y plurales.

Taller 3

Lo “macho”, una construcción social que limita nuestras vidas

• Objetivo

Posibilitar un espacio de análisis y reflexión sobre actitudes “machistas” de la masculinidad hegemónica, que limitan la vida de hombres y mujeres.

• Presentación y desarrollo

1. Cada participante mencionará su nombre y definirá en una palabra “lo que es mejor de ser mujer” y “lo que es mejor de ser hombre”, estas se anotaran en un papelógrafo que servirá para las ideas fuerza de este taller.

2. Se conformará 4 grupos mediante la técnica de los números (si se trabaja en grupo mixto, se verá de conformar grupos de solo mujeres y solo hombres). Se pedirá a cada grupo, por separado, que en un papelógrafo anote las reflexiones grupales que, a partir de las experiencias personales, generan las siguientes preguntas.

- **Grupo 1:** ¿Qué actitudes, valores u otros rasgos personales recuerdan de su papá, sus abuelos, otros familiares y amigos hombres que hayan influido en su vida?
- **Grupo 2:** ¿Qué actitudes eran premiadas y cuáles castigadas cuando eran niños y jóvenes? ¿Por qué?
- **Grupo 3:** ¿Cómo era el trato de las madres y los padres cuando eran niños y jóvenes?
- **Grupo 4:** ¿Cómo les decían desde la religión, la escuela, la familia, los amigos, los medios de comunicación que debían ser los hombres?

3. Cada grupo expondrá sus conclusiones en plenaria. Se dará un momento para aclaraciones y otros aportes de las y los participantes que no hubieran salido en el trabajo en los grupos. Al finalizar las exposiciones, se abrirá el debate poniendo énfasis en los puntos de interés que resulten semejantes y diferentes.

4. La o el facilitador pondrá énfasis en el análisis de la socialización masculina, retroalimentando con las diferencias entre sexo y género, la formación de la identidad masculina y las diferencias entre los individuos hombres. Un aporte importante será evidenciar las diferencias, entre el “deber ser” de los hombres (fuerte, audaz, valiente) y las dificultades para que estos se ajusten a ese modelo. Se propiciará otro análisis grupal en torno a las siguientes preguntas, cuyas respuestas deberán ser presentadas en sociodramas cortos:

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Papelógrafos
- Masquin
- Marcadores
- Data Display
- Computadora portátil
- Parlantes

- **Grupo 1:** ¿Cuándo éramos wawas, había diferencia en la forma de educación de las niñas y de los niños? ¿Cómo eran estas diferencias? ¿Quiénes y por qué hacían estas diferencias?
- **Grupo 2:** ¿Qué le pasa a uno si quiere ser o actuar de forma distinta a lo establecido?
- **Grupo 3:** ¿Quiénes son las personas principales que cuestionarían si uno o una actúa según lo NO establecido? ¿Cómo actúan estas personas?
- **Grupo 4:** ¿Cuál es la mejor forma de educar ahora a nuestras wawitas hombres? ¿Por qué?

5. Después de que todos los grupos hayan presentado su sociodrama, la o el facilitador fortalecerá y/o aclarará el concepto de masculinidad hegemónica y cómo esta, tiene marcas hegemónicas junto a costos y beneficios que en suma entorpecen la construcción de relaciones igualitarias, equitativas y concertadas entre hombres y mujeres.

6. Se reforzará el taller con la reproducción de videos cortos (Ver material 1)

- Recurriendo al papelógrafo de inicio se realizará las comparaciones con entre las características conductuales y comportamentales entre hombres y mujeres, para poner énfasis el carácter de construcción sociocultural
- Los hombres no nacen con las características definidas de “hombres machos” estas son producto de la socialización en diferentes espacios.
- No está mal pensar en vivir de otra manera. Es posible plantear nuevas masculinidades que promuevan la igualdad, equidad, el consenso y la coordinación sin violencia entre hombres y hombres.

- Lo que me gusta.
- Lo que no me gusta.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Ideas para la reflexión final



• Evaluación del taller



a. Material 1: Links de videos cortos

• **Material de apoyo**



Video	Reflexiones
Nuevas masculinidades, tiempo de aprender y construir: https://www.youtube.com/watch?v=AUGWhDu4qsk	Durante la cuarentena rigida de la gestión 2020 ¿Fue posible compartir responsabilidades (cocinar, cuidar a los hijos e hijas, limpiar, lavar, etc.) del hogar?
Masculinidades: https://www.youtube.com/watch?v=2AvhlW8kYUM	Transformar las masculinidades hegemónicas es una tarea de hombres y mujeres, por relaciones más igualitarias.
La masculinidad en el entorno social: https://www.youtube.com/watch?v=LEzSxAuN4QU	La familia es un espacio fundamental para empezar a construir las nuevas masculinidades sin violencia.

Tema 4

Masculinidades, las nuevas perspectivas de ser “hombres”

· Lectura de apoyo



1. La Masculinidad Hegemónica y Violencia de Género

En América Latina y el Caribe, en últimas décadas es más evidente la vivencia de la violencia en hogares, centros de trabajo, escuelas, Iglesias y en la comunidad. La violencia que ejercen los hombres en contra de las mujeres y de la niñez causa no sólo dolor y sufrimiento, sino también un costo económico para las empobrecidas economías de los países de la región. Esta violencia se basa en el poder de dominio y control que los hombres establecen en relaciones con mujeres, juventud, niñez, y naturaleza, incluso entre hombres.

Investigaciones en América Latina muestran que las violencias física, emocional y sexual, forman parte de los “roles” de género, en los cuales estas agresiones son justificadas por los hombres alegando que las mujeres han roto ciertas “reglas” del juego patriarcal, ya sea porque ellas tuvieron relaciones sexuales fuera de la pareja o porque no cumplieron con sus “obligaciones domésticas”. Muchos hombres educados en una masculinidad patriarcal hegemónica aprenden que las mujeres y niñas deben cumplir obligaciones hacia ellos: cuidar de la casa, de los hijos e hijas, tener relaciones sexuales con ellos, aun cuando ellas no quieran.

Estos estudios también muestran que los grupos de pares o de amigos frecuentemente apoyan a los jóvenes que usan la violencia contra sus novias, amigas o parejas. Asimismo, los hombres, por regla general, son socializados para reprimir sus emociones, la rabia e incluso la violencia física resultan formas socialmente aceptadas para que ellos expresen sus sentimientos. Por esto, muchos hombres no aprenden a expresarse verbalmente y de forma adecuada para resolver sus conflictos mediante el diálogo y la conversación.

2. Violencia Contra los Hombres por ser Hombres

Además de la violencia contra las mujeres, los hombres suelen ser (en mayor medida que las mujeres), protagonistas de peleas juveniles o de pandillas, ingesta excesiva de alcohol y drogas, la conducción de vehículos a alta velocidad, entre muchas otras en las que se podría describirlos como potenciales generadores y víctimas de situaciones violentas. Aun así, los hombres jóvenes conforman el grupo que potencialmente está en mejores condiciones de hacer un cambio, de transitar un proceso de reflexión y cuestionamiento de los modelos tradicionales, y de participar en la promoción de los derechos de todos y todas.

Los datos sobre tasas de homicidios, suicidios y accidentes de la región latinoamericana, constatan que en todos los contextos el mayor número de víctimas son hombres. Si se analiza el discurso de las políticas públicas y de los medios de comunicación masivos, se constata que los hombres han sido ubicados exclusivamente en el lugar de perpetradores de la violencia, usualmente con un abordaje de seguridad y de lucha contra la delincuencia, la drogadicción, la pobreza y/o la psicopatología; pero casi nunca se los considera víctimas de las violencia ejercida por ellos mismos. Es importante destacar que los hombres pueden jugar en el espacio público un doble rol, tanto ejerciendo violencia sobre otros como sufriendo sus efectos. Los hombres no solo son victimarios sino también víctimas.

3. Deconstruyendo la Masculinidad Hegemónica

Hoy en día vemos que lo que propone el patriarcado sobre la masculinidad ya no es posible y, en muchos casos, tampoco es deseable. Cada vez más hombres plantean que no se sienten cómodos en el papel de “machos” y no están dispuestos a asumir lo que les exigen los mandatos patriarcales; que quieren poder expresar sus emociones, sus deseos y sus problemas, sin que esto implique ser “menos hombres”. De manera similar, cada vez más mujeres plantean que quieren como parejas a hombres que entiendan sus necesidades y reconozcan sus derechos, que estén dispuestos a apoyarlas en su desarrollo como personas y a asumir las responsabilidades y tareas de cuidado mutuos y de los y las hijas, de forma equitativa.

Más jóvenes cuestionan el “modelo de hombre” de sus padres y están deseosos de establecer relaciones de pareja basadas en la confianza y el respeto, a no correr riesgos innecesarios para demostrar su “hombría”. Son jóvenes que quieren desarrollar sus vocaciones con libertad, aunque estas no sean las esperadas ni las que le garantizarán su rol de proveedor en el futuro. Por ejemplo, a lo largo de la historia han existido hombres que eligen a otros hombres como compañeros sentimentales, sexuales y de vida. Existen muchas situaciones en que los hombres sienten el peso de la discriminación de la masculinidad hegemónica: cuando tienen una orientación sexual que no es la heterosexual, cuando integran grupos sociales y económicos considerados “bajos o marginales”, cuando pertenecen a una etnia o raza diferente de la “blanca occidental”.

También, aún hay hombres y mujeres a los que les cuesta cambiar y por eso se aferran a los modelos tradicionales. Aún hay hombres que consideran a las mujeres objetos de su propiedad y que se sienten con el derecho a castigarlas física, emocional y sexualmente cuando no cumplen con sus expectativas. También hay mujeres que aceptan esta situación porque han sido criadas para obedecer, “aguantar” y “entender” a los hombres. Cada vez más, las leyes y los valores sociales muestran que este modelo va en contra de los derechos humanos. Por otro lado, la igualdad y la equidad han sido asumidas por muchos como valores necesarios para la vida de hombres y mujeres, para que cada hombre tenga la opción de elegir su propio modelo de masculinidad, pero siempre respetando una serie de principios que nos acercan a una convivencia más justa:

- Revisar constantemente los modelos de masculinidad para no caer en los engaños del patriarcado y sus mandatos.
- Escuchar y expresar los sentimientos ante cada situación de la vida.
- Ser sensibles y estar atentos a las necesidades y sentimientos de las personas que nos rodean.
- No ser cómplices ni observadores pasivos de situaciones de violencia hacia las mujeres, niños, niñas y otros hombres.
- Respetar y contribuir al desarrollo de las mujeres.
- Evitar utilizar la violencia para resolver los conflictos.
- Mejorar la comunicación y pedir ayuda cuando las situaciones resultan complejas.
- Estar presentes en la crianza y educación de los hijos e hijas, y educarlos para la igualdad, el respeto y la solidaridad entre personas.

El desafío es grande, pero vale la pena. Muchos hombres que están transitando este camino ven cómo día tras día pueden estar más cerca de lo que desean ser y no de lo que se les impone desde afuera. Es un cambio personal pero que debe acompañarse de un compromiso con la promoción de nuevos valores en las instituciones públicas y privadas, los medios de comunicación, las organizaciones sociales y, fundamentalmente, la educación.

Taller 4

Masculinidades, las nuevas perspectivas de ser “hombres”

• Objetivo

Promover la deconstrucción de la masculinidad hegemónica, a partir de la reflexión sobre la importancia del autocuidado en la vida de los hombres.

• Presentación y desarrollo

1. Cada participante se presentará mencionando su nombre y expresando su opinión sobre “por qué se genera la violencia y quiénes son las o los que más sufren”. Las opiniones servirán para reforzar las ideas fuerza.

2. Se trabajará con la técnica “la caja del hombre”. Previamente se entregará a cada participante un marcador y dos tarjetas, en la de color verde deberán anotar (una palabra o frase corta) “como es un hombre” (características físicas, emocionales y de conducta) y, en la amarilla “como debería ser un hombre”. Se aclarará que las y los participantes no leerán sus tarjetas, que estas se recogerán en una caja y que serán leídas por la o el facilitador.

3. Seguidamente la o el facilitador separará las tarjetas por colores, y las irá leyendo primero las verdes y luego las amarillas. Luego preguntará:

- ¿Qué les pasa a los hombres que no cumplen con lo escrito en las tarjetas verdes?
- ¿Qué les pasa a los hombres que tienen características de las tarjetas amarillas?
- ¿Cuál es la mejor manera de ser hombres, como las tarjetas verdes o amarillas? ¿Por qué?
- ¿Cuál de las tarjetas ayudan a generar violencia contra las mujeres? ¿Por qué?
- ¿Cómo quisiéramos que nuestros hijos hombres aprendan a ser hombres?

4. Se formará grupos de tres o cuatro miembros. Se entregará a cada grupo una copia de la hoja de apoyo “La lotería de la vida” (ver material 1). Cada grupo deberá responder todas las preguntas marcando con una X las respuestas que consideren correctas, las mismas que deberán analizar y justificar.

5. Cada grupo presentará su hoja trabajada. A la conclusión de todos los grupos, la o el facilitador abrirá la discusión con las siguientes preguntas:

- ¿Ustedes conocían esta información?
- ¿Por qué creen que esto sucede?

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Tarjetas de color verde y amarillo
- Marcadores
- Caja mediana
- Matriz 1

- ¿Creen que es posible evitarlo?
- ¿Qué consecuencias pueden tener estos comportamientos autodestructivos para el bienestar, la seguridad, la salud de la familia y de las personas que conviven (amigos, parejas, hijos, familiares) con esos hombres?
- Si se promueve las diversas masculinidades ¿Esas realidades aún serían así?

6. Se deberá ordenar el debate de tal forma que queden expresadas las opiniones de todos los y las participantes.

i. Debido al machismo, muchos hombres actúan de manera más arriesgada, descuidan su salud, transgreden más los derechos y salud de otras personas.

ii. Las nuevas masculinidades nos invitan a pensar que no hay una única manera de “ser hombre” que el actual contexto histórico social requiere de un “ser hombre” cada vez más crítico y reflexivo, actor importante en la construcción de una sociedad más igualitaria y justa para todas las personas, sin ningún tipo de discriminación.

iii. Construir las nuevas masculinidades desde nuestras familias, es una acción que puede de gran manera ayudar a reducir el ejercicio de la violencia contra las mujeres y los mismos hombres.

- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Ideas para la reflexión final



• Evaluación del taller



a. Material 1: Hoja de apoyo “La lotería de la vida”

• **Material de apoyo**



• Situaciones	• Hom- bres ¿Por qué?	• Mujeres ¿Por qué?	• Ambos ¿Por qué?
¿Quiénes viven menos?			
¿Quiénes mueren más por asesinatos?			
¿Quiénes mueren más en accidentes de tránsito?			
¿Quiénes mueren más por suicidios?			
¿Quiénes cometen más homicidios?			
¿Quiénes cometen más robos?			
¿Quiénes mueren más por accidentes de trabajo?			
¿Quiénes sufren más infartos?			
¿Quiénes consumen más alcohol y drogas?			



Módulo 4

- *Violencia de Género, una barrera para la vivencia plena de la Salud Sexual y Salud Reproductiva*

Módulo 4: Violencia de Género, una barrera para la vivencia plena de la SSySR

Objetivo: Generar análisis crítico reflexivo sobre la naturalización y justificación de la violencia de género y cómo esta se constituye en una barrera para la vivencia plena de SSySR y el ejercicio de los DSDR.

Capacidades a fortalecer y/o desarrollar

- Las y los participantes:
 - Conocen, reflexionan y empiezan a desmitificar las acciones que generan la violencia basada en el género.
 - Identifican la violencia de género como consecuencia de una construcción social inequitativa entre hombres y mujeres que tiende a naturalizarse en nuestras vidas y comunidades.
 - Conocen estrategias para el acompañamiento y la construcción de relaciones igualitarias de respeto y cooperación entre las nuevas y jóvenes generaciones.
 - Conocen y adquieren estrategias que les permiten identificar la violencia en el noviazgo que puedan estar viviendo las y los adolescentes en sus relaciones de pareja.

Talleres Ejes de trabajo

1. Conociendo para deconstruir la Violencia de Género

- Violencia, violencia de género y violencia contra la mujer.
- Tipos de violencia.
- Situación de la violencia contra la mujer.
- Escala y ciclos de la violencia contra la mujer.

2. Vivamos la SSySR ¡Con Igualdad y Respeto!

- Causas y consecuencias de la violencia de género
- Mitos sobre la violencia de género.
- La violencia en los DSDR.

3. Promoviendo una vida sin violencia para adolescentes y jóvenes

- La violencia de género reflejada en las hijas e hijos.
- Estrategias para el acompañamiento y la construcción de relaciones igualitarias y de respeto desde las familias.
- Acciones desde lo individual y colectivo para frenar la violencia.
- Responsabilidades desde las autoridades comunitarias y oficiales frente a la violencia de género.

4. Violencia en el “noviazgo”

- Violencia en el noviazgo.
- Mitos sobre amor romántico.
- Indicadores de riesgo.
- Los medios de comunicación y su intervención en la problemática.
- Aportes para el acompañamiento de las y los adolescentes en sus relaciones de pareja.

Tema 1

Conociendo para deconstruir la Violencia de Género

• Lectura de apoyo



1. La violencia

La violencia como construcción socio cultural histórica de poder, adopta diferentes formas y puede ser definida de distintas maneras de acuerdo al contexto histórico y social en que se enmarque.

La OMS define la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra una/o misma/ o, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (OMS/ OPS, 2003). La violencia suele utilizarse para imponer pensamientos o valores, aislar, encasillar, dominar u otros objetivos que favorezcan a la persona agresora y/o perjudiquen a la víctima.

2. Violencia de Género y violencia contra las mujeres

Según Naciones Unidas (ONU) la violencia basada en género es “cualquier acto de violencia que resulte en, o pueda resultar en daño físico, sexual o psicológico o sufrimiento para las mujeres, incluyendo tratos de tales actos como coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o privada”.

Esta definición se refiere específicamente a la violencia contra las mujeres, sin embargo, género además de hombre y mujer, también incluye otras identidades: gays, lesbianas, bisexuales, transgéneros, travestis, etc. Se tiende a asumir la violencia basada en género como sinónimo de la violencia contra la mujer. Sin embargo, la violencia contra la mujer es una de las formas de la violencia basada en género, está también, por ejemplo, la violencia contra la comunidad GLBT (gays, lesbianas, bisexuales, transgéneros y transexuales).

La violencia contra la mujer está definida por la ONU en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer: “...Por violencia contra la mujer se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada” (1993).

Jorge Corsi, introduce una alternativa, para evitar la polarización o tratar como sinónimos la Violencia Basada en Género y la Violencia contra la Mujer, ratificando el ejercicio de la violencia sobre los diferentes géneros, a partir de un sistema patriarcal, sin dejar de reconocer las desventajas que históricamente han sufrido las mujeres. Define la violencia basada en género como “todas las formas mediante las cuales se intenta perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal. Como vemos, se trata de una violencia estructural que se dirige hacia las mujeres con el objeto de mantener o incrementar su subordinación al género masculino hegemónico”.

3. Tipos de Violencia de Género según la Ley No 348 en Bolivia

La Ley N° 348, Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia promulgada el año 2013, define diez y seis tipos de violencia:

• Tipo	• Explicación
1. Violencia Física	Son golpes, empujones, agresión con armas/cuchillo, quemaduras.
2. Violencia Psicológica	Son insultos, amenazas, gritos, difamación, humillación, control de lo que hace la persona.
3. Violencia Sexual	Son toques no consentidos en partes íntimas, acoso, emplear fuerza física o amenaza para tener actos sexuales, explotación sexual.
4. Violencia Patrimonial y Económica	Impedir que la mujer trabaje, que no decida sobre sus ingresos, división de bienes en el divorcio.
5. Violencia Femicida	Violencia extrema que causa la muerte de la mujer por el hecho de serlo.
6. Violencia contra los Derechos Reproductivos	Esterilización forzada, negar el uso de anticonceptivos para prevenir embarazo.
7. Violencia en el Servicio de Salud	Es la discriminación y humillación que niega o limita el acceso a la atención eficaz e inmediata que pone en riesgo la salud de las mujeres por parte del personal en salud.
8. Violencia Laboral	Se da en el ámbito de trabajo (Discriminación, humillación, amenazas o intimidación, obstaculizando su ascenso, permanencia).
9. Violencia en el Sistema Educativo	Es la agresión física, psicológica o sexual cometido en sistema educativo regular, alternativo, especial o superior.
10. Violencia Intrafamiliar o doméstica	Es ejercida en el terreno de la convivencia familiar o asimilada, por parte de uno de los miembros contra otro. En contra de: mujeres, hombres, niños, ancianos.
11. Violencia Contra los Derechos y la Libertad Sexual.	Es toda acción u omisión, que impide el ejercicio de los derechos de las mujeres a disfrutar de una vida sexual libre, segura y plena o que vulnera su libertad de elección sexual.
12. Violencia en el ejercicio Político y Liderazgo de la mujer	Ejercida contra mujeres candidatas, electas, designadas en ejercicio de la función pública, o de sus familias para acortar o impedir el ejercicio a su cargo o para inducirla/obligarla a renunciar contra su voluntad.
13. Violencia Institucional	Es la acción u omisión de servidores/as públicos o de personal de instituciones privadas, que implique trato humillante.
14. Violencia Simbólica y/o encubierta	Son los mensajes en todas sus formas que son impuestos mostrando exclusión, desigualdad y discriminación que naturalizan la subordinación de las mujeres.

15. Violencia Contra la Dignidad, Honra y Nombre	Toda expresión verbal o escrita de ofensa, difamación, calumnia que desacredita la reputación de las mujeres.
16. Violencia Mediática	Es aquella producida por los medios masivos de comunicación a través de publicaciones, difusión de mensajes e imágenes estereotipadas que promueven la explotación de mujeres, que las muestran como objetos de consumo, las difaman, discriminan, deshonran, humillan o que atentan contra su dignidad.

Es importante comprender que la violencia basada en género es un problema social, un asunto de salud pública y de vulneración de los derechos humanos.

4. Algunos datos sobre la violencia contra las mujeres en Bolivia

Según el Boletín de estado de situación de las mujeres en Bolivia, elaborado por la Coordinadora de la Mujer el 8 de marzo de 2019, se tiene los siguientes datos:

- De cada 10 mujeres, 7 sufrieron violencia física en algún momento de su vida. Las formas de violencia no se presentan solas. El 39% de las mujeres afirma haber sufrido violencia psicológica, el 20,7% violencia física, el 15,3% violencia sexual y el 15,1% violencia económica (Ministerio de Justicia, INE 2017).
- Las mujeres sufren violencia sexual por sus parejas. El 44% de las mujeres casadas o en unión libre en 2016 declaraba sufrir violencia en su relación de pareja. De las mujeres solteras el 51,9% fue agredida alguna vez, el 21,2% de las solteras afirmaba haber sufrido de violencia sexual.
- Según el Ministerio Público y la FELCV (2018), del total de 113.269 denuncias de violencia contra la mujer procesadas entre 2015 y 2018, sólo 1.284 casos recibieron conclusión condenatoria, ósea el 1.13 % de los casos.
- Entre el 2012 y 2017 hubo 3.000 casos de Trata y Tráfico de Personas, de los que sólo 31 tuvieron condena, en promedio, solo el 1,03% de los casos fueron resueltos, sin tomar en cuenta las absoluciones.
- En 2018 se registraron 2.141 denuncias de violación en Bolivia, de aquellas 1.214 conciernen a mujeres mayores de edad y 927 a niñas y adolescentes. Estas cifras corresponden a denuncias, pero hay un subregistro, puesto que se estima que sucedieron, seis violaciones diarias a mujeres o niñas en 2018 en toda Bolivia.
- La mayor parte de las personas desaparecidas son mujeres. En 2014, de 727 casos 490 correspondían a mujeres, en 2015 de los 815 desaparecidos 514 eran mujeres. En promedio, el 63% son mujeres desaparecidas.

Los datos de violencia ejercida contra las mujeres son alarmantes, tal como se pueden evidenciar en las notas periodísticas correspondientes a la gestión 2019 y 2020 año de la pandemia por la COVID 19.

La Paz, 1 de enero, 2020 (ANF)

Según la Fiscalía General del Estado, en el año 2019, se tuvo un total de 117 feminicidios y 66 infanticidios registrados en el país. Las cifras son menores en comparación al 2018, donde se tuvo 130 feminicidios y 78 infanticidios. El informe de noviembre de 2018 de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) señalaba que Bolivia se constituye en el primer país en América del Sur, con la prevalencia más alta de feminicidios. La Paz, es el departamento donde más feminicidios se registraron: 36 el 2019; 34 el 2018; 27 el 2017 y 28 el 2016. Durante la gestión 2018 se registró mayor incidencia, de los feminicidios, en los departamentos del eje central del país como La Paz con 34, Cochabamba 27, Santa Cruz 27, mientras que en los demás departamentos fueron: Oruro 12, Tarija 12, Potosí 7, Chuquisaca 6, Beni 3 y Pando 2.

En cuarentena, la casa fue la condena de muchas mujeres (11/11/2020)

Texto: Selma Isabel Saravia L.H. (Bolivia)

Casi 24 mil episodios de violencia física, psicológica, sexual, económica, y simbólica en todas sus variaciones, además de 125 feminicidios hasta septiembre de 2020 según la Fiscalía General del Estado. Entre marzo y junio -durante el período de cuarentena rígida- 33 mujeres fueron asesinadas por sus parejas en el "lugar más seguro". Ahí mismo, se perpetró la mayor parte de 8134 delitos de tipo penal. De todos esos crímenes, posiblemente, solo el 1.13%, recibirá un fallo judicial condenatorio, de acuerdo a antecedentes documentados por ONU Mujeres. Al 12 de enero ya habían ocurrido doce feminicidios (uno por día). De la misma manera, el primer fin de semana de agosto (etapa dinámica de la cuarentena), cinco mujeres perecieron a manos de sus parejas.

Bolivia tiene un compendio normativo pro-mujer, que parte desde la CPE para asegurar la equidad de género y garantizar a las mujeres una vida libre de violencia. De ahí para abajo, están las leyes promulgadas para garantizar y proteger los derechos de las mujeres: Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia, Ley Contra el Acoso y la Violencia Política hacia las Mujeres, Ley Integral Contra la Trata y Tráfico de Personas, Ley Contra el Racismo y Toda Forma de Discriminación, Ley de Control Social y Participación Ciudadana y la Ley de modificación a Ley 1173 de Abreviación Procesal Penal y de Fortalecimiento de la Lucha Integral Contra la Violencia a Niñas Niños, Adolescentes y Mujeres. Pese a este amplio marco normativo es irónico que violencia contra las mujeres se cuenten por miles, situación que se agudiza en pandemia.

5. Ciclos de la Violencia de Género

La violencia de género no es un proceso ininterrumpido, sino que generalmente se da de forma cíclica.

• FASES	• CARACTERÍSTICAS
PRIMERA FASE: "Fase de acumulación de tensiones".	Se producen una serie de incidentes que van incrementándose en ansiedad y hostilidad. Este estadio se caracteriza por las agresiones verbales y por un control excesivo. Esta fase puede durar desde días hasta años. A menudo el ciclo no pasa de esta fase y se caracteriza por una guerra de desgastes con altibajos motivados por pequeñas treguas, pero sin pasar nunca a la violencia física.
SEGUNDA FASE: "Episodio agudo" o también "descarga de la violencia física".	En esta fase todas las tensiones que se venían acumulando estallan en situaciones que pueden variar en gravedad, desde empujones hasta feminicidios o suicidios. Cuando ha pasado la violencia, se suele dar al principio un periodo de "shock", que incluye la negación y justificación de los hechos, no solo por parte del hombre sino también por parte de la mujer.
TERCERA FASE: "Luna de Miel".	Donde se produce el arrepentimiento, a veces inmediato por parte del hombre, y cuando sobreviene un período de seducción y la promesa de que nunca más volverá a ocurrir. La mujer a menudo perdona porque quiere creer que su situación va a cambiar, aunque en el fondo se crea un temor que mediatiza la relación. Esta fase se irá diluyendo gradualmente y la tensión se irá incrementando lentamente para volver a la primera fase.

Hay tres características fundamentales en este ciclo:

1. Cuantas más veces se produce el ciclo, menos tiempo tarda en completarse.
2. La intensidad y la severidad de la violencia va aumentando progresivamente con el tiempo.
3. La tercera fase tiende a desaparecer con el tiempo.

La problemática de la violencia basada en género, y referida específicamente a la violencia contra las mujeres, por ser ellas quienes más la sufren, inevitablemente plantea una serie de preguntas.

a. ¿Por qué una mujer permanece en una relación?

Influyen factores sociales, familiares, historias personales, imaginarios de familia, de mujer, de hombre, de pareja, etc., y estructuralmente la formación social patriarcal. Desde la mirada psicológica hay muchos factores, los que más tienden a repetirse se los agrupa en factores internos y externos:

• Factores Internos	• Factores Externos
Por temor a represalias contra ella y sus hijos/as, y a la sanción social. Por dependencia económica. Por la idea de que el matrimonio deber ser para siempre. Por la desesperanza aprendida, es decir, creer que no hay salida por la situación de violencia.	Falta de información y ayuda oportunas Por ausencia de instancias institucionales para dar asistencia y asegurar la vida de las mujeres y sus hijos e hijas. Por falta de apoyo legal.

b. ¿Por qué una mujer logra salir de una relación violenta?

• Factores Internos	• Factores Externos
Cuando aprende a valorarse y saber que es capaz (visión positiva de ella misma). Porque aprendió a tener una actitud de desafío, lucha y cambio Historia personal con poca exposición a la violencia. Porque aprendió que tenía derechos. Porque tuvo la posibilidad de reconocer que nadie merece ser maltratado/a.	Apoyo familiar. Autosuficiencia económica. Acceso a información. Acceso a servicios institucionales y profesionales idóneos.

Existen otros factores que pueden hacer que la víctima no decida romper la relación, denunciar o pedir ayuda:

- a. “Mitos del amor romántico”: considerando la relación de pareja como lo más importante en la vida.
- b. El miedo:
 - A perder a su pareja y todo lo que comparten (amistades, proyectos, etc.).
 - A que aumente la violencia si deja la relación o sepa que ha pedido ayuda.
 - A las posibles “venganzas” que puede llevar a cabo su pareja si deja la relación y que pueden afectarle socialmente y dañar su reputación (comentarios en el círculo de amistades o centro educativo, fotografías o videos privados que pueda hacer públicos, etc.).
- c. Sentimiento de culpa (por la violencia sufrida y por denunciar a su pareja), vergüenza, baja autoestima y fracaso provocados por la violencia psicológica vivida.
- d. No ser consciente de que se sufren violencia, especialmente si sólo se sufre violencia psicológica.
- e. Dependencia económica y afectiva de quien agrede.
- f. No denunciar por creer que no va a servir para nada y sólo puede traerle problemas.

La víctima puede tardar mucho tiempo en reconocer que está siendo maltratada y necesitar varios intentos para abandonar la relación antes de la ruptura definitiva. La ruptura de la relación es un paso de la recuperación, pero esta no será total hasta que recupere el control de su vida.

Taller 1

Conociendo para deconstruir la Violencia de Género

• Objetivo

Conocer, reflexionar y desmitificar prácticas y actitudes que generan la violencia basada en el género.

• Presentación y desarrollo

1. Cada participante se presentará mencionando su nombre y “la palabra o frase que menos le ha gustado oír contra ella o contra él, en una relación sentimental”. A la conclusión de la presentación, se mencionará que todas esas frases o palabras pueden expresar violencia psicológica o emocional.

2. Se pegará el papelógrafo “Donde más uso la violencia”, (ver material 1) en la pared o pizarra, luego se pedirá que cada participante tome un marcador y marque en el papelógrafo con mucha honestidad al marcar en las opciones que crean. Luego, se pedirá que se observe el papelógrafo detenidamente y analicen las respuestas, para luego abrir un análisis colectivo:

- ¿Qué les dice el papelógrafo? ¿Qué conclusiones pueden sacar?
- ¿Según el cuadro, quienes son las personas contra las que más violencia se comete?
- ¿Por qué se actúa con más violencia en esos lugares y contra esas personas?
- Esa violencia, en esos lugares y contra esas personas ¿Tiene consecuencias? ¿Cuáles?

3. Se fortalecerá mencionando el concepto de violencia y violencia de género principalmente como un ejercicio de poder, con mayor incidencia en las mujeres, niñas, adolescentes y jóvenes mujeres.

4. Se reproducirá el video “violencia contra la mujer en el mundo” (ver material 2), luego se preguntará:

- ¿Qué opinan sobre el video? ¿pasara igual en Bolivia?
- ¿Cuáles son las causas y consecuencias de esta violencia en el mundo?
- ¿Los hombres también sufren con esta violencia? Si, No ¿Cómo?

5. Se hará énfasis en que la violencia también es una construcción social que se la puede cambiar.

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Papelógrafos
- Marcadores
- Masquin
- Matriz 1
- Videos
- Computadora portátil
- Parlantes

6. Se reproducirá el video “Ciclos de la violencia”, para luego conformar 4 grupos de trabajo usando la técnica de los números. Los grupos trabajaran las siguientes consignas:

- **Grupo 1:** Si el ciclo de la violencia del video se da o no en las parejas de la comunidad ¿Cuáles son las características particulares de este ciclo (como lo viven, quienes intervienen)?
- **Grupo 2:** ¿Cuáles son las principales causas de la violencia contra la mujer, en la pareja, la familia y comunidad?
- **Grupo 3:** ¿Cuáles con las principales consecuencias de la violencia contra la mujer, en la pareja, la familia y la comunidad?
- **Grupo 4:** ¿Sera fácil para una mujer romper con la violencia que vive de parte de su pareja? ¿Si/ No, por qué? ¿Qué se puede hacer para ayudar a una mujer a romper con la violencia?

7. Cada grupo presentará su trabajo, luego se abrirá el debate recogiendo acuerdos y desacuerdos, así como puntos controversiales, que luego la o el facilitador aclarará y aportará a cada grupo.

8. A la finalización de trabajo con los grupos se preguntará:

- ¿Es posible cambiar esta situación de violencia contra la mujer? Si/No ¿Cómo?
- ¿Qué compromiso personal podemos hacer hoy y ahora para cambiar esta situación de violencia contra las mujeres?

9. La o el facilitador fortalecerá esta parte mencionando que, entre las leyes en Bolivia para proteger a las mujeres, está la Ley 348, donde se plantea 16 tipos de violencia, las cuales las explicará brevemente usando láminas con dibujos.

i. La violencia contra la mujer no es natural, los hombres no nacieron para golpear ni las mujeres nacieron para ser golpeadas.

ii. Con la violencia contra la mujer, no solo pierden las mujeres, sino la sociedad en su conjunto, incluidos los hombres, pues mientras vivimos la violencia nos olvidamos de emprender una lucha conjunta por mejores días para todas y todos.

iii. Es posible evitar llegar a consecuencias graves de la violencia contra la mujer. Si hay problemas de pareja se puede acudir al SLIM o a otras instancias donde puedan orientarnos.

iv. No ver la violencia contra la mujer como algo privado, ayudemos a una mujer que vive violencia.

v. Se puede generar espacios y estrategias de protección comunitaria desde los barrios y comunidades.

• Ideas para la reflexión final



- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• **Evaluación del taller**



a. Material 1: Matriz 1

• “Donde uso más la violencia”	• ¿Contra quién específicamente?
Familia	Esposa/o
	Hijas e hijos
Barrio	Vecinas
	Vecinos
Fuentes de trabajo	Jefe o jefa
	Compañeros/as de trabajo

• **Material de apoyo**



b. Material 1: Links de videos

- Violencia contra la mujer en el mundo: <https://www.youtube.com/watch?v=-612qp4HjAgQ>
- Ciclos de la Violencia: <https://www.youtube.com/watch?v=Z93H2gacfbg>

Tema 2

Vivamos la SSySR ¡Con Igualdad y Respeto!

• Lectura de apoyo



1. Mitos y realidades en torno a la Violencia de Género

Hay una tendencia a la “naturalización” de la violencia en las relaciones de cualquier índole, laborales, sociales, familiares. Esta naturalización ha ido alimentando mitos respecto a las personas que sufren y/o ejercen violencia, fundamentalmente respecto a las mujeres. Entre los mitos más comunes están:

a) Mitos comunes

• MITOS	• REALIDADES
1. La violencia intrafamiliar es un problema que se origina en la pobreza y la falta de educación.	La violencia ocurre en todos los niveles socioeconómicos y educativos. Es independiente de la condición de razas, cultura, religión y nivel de instrucción.
2. Personas con problemas de adicción alcohol u otras drogas, en paro o con estrés laboral...son violentas como efecto de su situación personal.	Son argumentos que disculpan y justifican la violencia. El efecto inhibitor del alcohol empeora la situación de violencia si es que ya existe. Muchos hombres que toman no son violentos.
3. Algunas mujeres por su comportamiento inapropiado provocan agresión de sus parejas	Deposita en las personas que viven violencia el origen de la misma. El comportamiento violento es de absoluta responsabilidad de quien la ejerce.
4. Las mujeres no abandonan a sus parejas violentas porque de alguna manera les gusta que las traten así.	Hay diversas razones emocionales, económicas y sociales por las que una mujer no abandona a su agresor. La baja autoestima, los sentimientos de culpa y la creencia de que pronto cambiará impiden que busque ayuda.
5. Sólo en las parejas con problemas hay violencia.	Todas las familias tienen problemas, la diferencia es cómo se enfrentan a ellos. Mientras que unas utilizan la violencia como forma de resolución de conflictos, otras la afrontan mediante el diálogo, el respeto mutuo y la negociación.
6. Las personas que agreden a sus parejas son violentas por naturaleza.	Normalmente no son violentas con otras personas, de hecho, suelen ser amables y respetuosas con el resto de gente. Su problema no es que no puedan controlar su ira, sino que eligen descargarla contra las personas con quien se sienten con derecho a hacerlo.
7. Las personas que agreden a sus parejas están locas.	Sólo una minoría de las personas que maltratan a su pareja (alrededor de un 5%) presenta trastornos mentales que no les permita ser conscientes de lo que hacen.

8. La violencia de pareja es una pérdida momentánea de control.	Son situaciones crónicas que se repiten con cierta frecuencia. Una característica de la violencia de pareja es su repetición en el tiempo, siendo parte de la estrategia de dominación de la persona agresora sobre su víctima.
9. Las personas que son violentas con sus parejas, sufrieron violencia en su infancia.	Se lo identifica como un importante factor de riesgo, pero no como una relación causa-efecto. No todas las personas que violentas han sufrido violencia durante su infancia, ni todas las personas que han vivido violencia durante su infancia se convierten en víctimas de violencia.
10. La violencia dentro de casa es un asunto de la familia y no debe salir ni difundirse fuera.	La familia y el hogar suelen entenderse como lugares privados y seguros, sin embargo, en los casos de violencia no es así. El falso respeto a la intimidad, hace que la gente no actué frente a los delitos que suceden en su interior. Sin embargo, no se debe considerar que un delito sea algo privado y menos aún cuando la víctima está más indefensa y existe un mayor riesgo a volverse crónico.
11. Es más aceptable la violencia que se da entre personas cercanas que la que se da entre extraños.	La violencia ejercida por personas cercanas y con las que hay vínculos afectivos suele ser más grave que la ejercida por personas extrañas. A los daños directos de la agresión se añaden sentimientos de indefensión y humillación.
12. Una persona no maltrata porque sí; la víctima también habrá hecho algo para provocarle.	Esta creencia, culpabiliza a la víctima del comportamiento de la persona agresora o muestra la situación como si no existiesen víctimas, presentándolo como una agresión mutua en la que lo único que les diferenciaría es la forma de ejercer la violencia, tendiendo la víctima a agredir verbalmente y la persona maltratadora físicamente. Sin embargo, las personas expertas señalan que la víctima intenta evitar las agresiones, conteniendo su rabia y sometándose a los deseos de su pareja, dándole la razón y sin cuestionarle.
13. Siempre se exagera la realidad cuando se habla de violencia contra las mujeres, lo que pasa es que la prensa hace que parezca mucho.	Este mito no tiene en cuenta que la víctima suele pedir ayuda cuando la situación es ya muy seria. Es habitual que las personas que actúan con violencia no reconozcan esta y la justifiquen diciendo que "no es para tanto" o incluso que "quien confunde la realidad es la propia víctima".
14. Si una mujer se defiende y lucha lo suficiente puede evitar la violación.	Aceptar que una mujer que "se defiende lo suficiente evita una violación", es aceptar que las que son violadas estaban, de alguna manera, de acuerdo con la violación. Cuando las mujeres se defienden o recurren a la violencia suelen sufrir agresiones de mayor intensidad e incluso asesinato.
15. La mayoría de las víctimas negarán el abuso si se les pregunta.	Muchas mujeres están esperando que alguien les pregunte de manera directa y específica para poder hablar.

b) Mitos asociados a la Violencia Sexual

• MITOS	• REALIDADES
Si la mujer acepta intimidad o toma alcohol o drogas provoca el ataque.	Nada justifica la violencia sexual ni ausencia de consentimiento.

Las esposas y las trabajadoras del comercio sexual no son violadas.	Son grupos altamente vulnerables a la violación.
Las niñas y adolescentes muchas veces fantasean acerca de haber tenido contacto sexual con personas adultas.	Responde al esquema clásico generacional de no “creer” porque son menores. En el terreno de lo sexual, cuando se es menor, difícilmente se fantasea con lo que no se ha visto o vivido.
Algunas adolescentes provocan el abuso sexual.	El comportamiento violento es total responsabilidad de quien lo ejerce.
Los hombres no pueden controlar sus deseos sexuales.	Es un argumento que justifica la violencia sexual. No son, en absoluto, una expresión de la sexualidad, ni de los hombres en general, por el contrario, son la expresión sexual de la violencia.

2. Causas y consecuencias de la Violencia de Género

A. Causas de la violencia de pareja

Se pueden identificar muchas causas, pero es claro que la causa última es el desequilibrio de poder en la pareja y su fin la búsqueda del poder y control. Según el modelo ecológico de la violencia, se trata de explicar cómo distintos factores influyen en que una persona se convierta en víctima o agresora. La OMS agrupa estos factores en cuatro niveles:

a. Nivel individual.

Características personales que aumentan las posibilidades de que una persona sea una víctima o agresora. Se fija especialmente en los factores biológicos y de la historia personal que pueden influir en su comportamiento (impulsividad, agresividad, etc.).

b. Nivel de las relaciones.

Analiza la influencia de las relaciones sociales cercanas en la persona. Convivir con una persona que ejerce violencia, los conflictos en la pareja o que sus amistades utilicen y justifiquen la violencia, pueden ser factores importantes en su uso y aceptación.

c. Nivel de la comunidad.

Examina cómo los contextos de la comunidad en los que la persona se relaciona (escuela, barrio...) favorecen la aparición y uso de la violencia. Los actos violentos son más frecuentes en zonas con degradación del entorno físico, con problemas de tráfico de drogas, el desempleo elevado o aislamiento social, entre otros.

d. Nivel social.

Observa qué factores sociales influyen en que haya más o menos violencia, por ejemplo, fomentando una mayor aceptación de la violencia o creando intolerancia y tensión entre distintos grupos de la sociedad. Entre estos factores sociales están:

- Normas culturales que aceptan la violencia como forma de resolver conflictos.
- Normas que priorizan la patria potestad al bienestar de los hijos e hijas.
- Dominio masculino sobre las mujeres y los niños y niñas.
- No aceptación de la separación o el divorcio.
- Políticas sanitarias, educativas, económicas y sociales, que ayudan a mantener desigualdades entre distintos grupos sociales, etc.

B. Consecuencias de la violencia basada en el género

Uno de las principales afectaciones de la violencia basada en género se refleja en los niveles de productividad y en las posibilidades de desarrollo social, por otra parte, las consecuencias de la violencia basada en género se reflejan principalmente en la salud de las mujeres, particularmente en su Salud Sexual y Reproductiva.

a. Impacto de la Violencia de Género en ejercicio de los Derechos Sexuales

Derechos Sexuales	Ejercicio de la violencia
1. A decidir libremente, autónoma e informada sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad.	Los comportamientos machistas hacen creer a los hombres que la mujer es de su propiedad y que esta no puede tomar decisiones sobre su propio cuerpo.
2. A explorar y disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos, prejuicios, culpas, creencias falsas y otros.	La falta de comunicación con nuestras parejas, muestra que no hay confianza para hablar sobre estos temas, por ello a veces actuamos con violencia psicológica, física y sexual.
3. A vivir la sexualidad sin violencia, coacción, abuso, explotación o acoso.	Nosotras debemos entender y luego hacer entender a nuestras parejas, que somos pareja y no esclavas..
4. A escoger las y los compañeros sexuales que uno quiera.	Violencia también es cuando tu familia y amigos te acosan para que tengas pareja a través de ideas como: "el tren te va dejar" "soltero maduro, maricón seguro" "solterón/a".
5. Derecho al pleno respeto por la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales.	Si entre las mismas mujeres ejercemos violencia criticando nuestros cuerpos, con más razón los hombres nos miran solo como objetos sexuales, sin ningún respeto.
6. A decidir si se quiere o no iniciar la vida sexual, o si se quiere o no ser sexualmente activa/o.	El mismo entorno familiar y social genera violencia. Todavía hay mujeres que se juntan o se casan solo para evitar el "qué dirán" o para no quedar solas/os.
7. A tener relaciones sexuales consensuadas.	La violencia sexual puede darse dentro de una pareja casada, pero las mujeres no denuncian porque creen que eso es normal.
8. A decidir libremente si casarse, convivir con la pareja o estar sola/o.	Al creer que las mujeres solo nacemos para casarnos y tener hijos y que solo así se es feliz, no vemos que podemos hacer algo más en nuestras vidas. Se critica a las mujeres que viven de diferente manera.
9. Derecho a expresar libre y autónomamente la orientación sexual.	En la sociedad hay personas gay o lesbianas que viven ocultándose o son objeto de burlas, discriminación y violencia.
10. A protegerse del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual.	Algunos hombres machistas prohíben a sus parejas el uso de anticonceptivos, hay casos extremos de hombres que embarazan a sus parejas solo por la idea de así garantizar fidelidad.

11. A tener acceso a servicios de salud sexual de calidad, con buen trato, confidencialidad y accesibilidad.	Lamentablemente aún hay maltrato en la atención médica, además de la falta de construcciones, equipamiento y personal para brindar buena atención. Esto también es violencia.
12. A acceder a la orientación, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, hepatitis B y C, etc.).	Al no contar con hospitales públicos especializados en la atención de estas enfermedades, la gente de escasos recursos económicos se muere o debe buscar ayuda que no siempre llega a tiempo.

b. Impacto de la Violencia de Género en el ejercicio de los Derechos Reproductivos

Derechos Reproductivos	Ejercicio de la violencia
1. A decidir libre y responsablemente cuantos hijos tener, y a disponer de la información, educación y medios para lograrlo.	La violencia se ejerce desde el machismo de algunos hombres quienes se niegan a un método anticonceptivo, hasta la carencia de personal y equipamiento en el sistema de salud.
2. De decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser padres o madres.	Forzar un embarazo sin el consentimiento de la pareja es violencia, más aún cuando las familias deciden casarlos después. Continúa la violencia psicológica, física y sexual.
3. El derecho a decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar.	Una familia no siempre puede estar formada por una madre, un padre e hijitos, hay diferentes tipos de familias que no son reconocidas.
4. A acceder a métodos de anticoncepción seguros, aceptables y eficaces (incluyendo la anticoncepción de emergencia).	El gobierno nacional, departamental y municipal al no garantizar este tipo de atención, incumple con su responsabilidad y ejerce violencia, principalmente contra las mujeres.
5. El derecho de las mujeres a vivir libre de discriminación por embarazo o maternidad, en el estudio, trabajo o en la familia.	Una mujer embarazada difícilmente es contratada en trabajos. Muchas mujeres en la maternidad no reciben el subsidio que por ley les corresponde si están trabajando en alguna institución o empresa.
6. A tener acceso a servicios de salud que garanticen una maternidad segura, libre de riesgos durante la gestación, parto y lactancia.	Un sistema de salud con poco presupuesto y personal reducido, hace que se incumpla este derecho, de ahí los altos índices de mortalidad materna, desnutrición materna y muertes por abortos clandestinos.
7. Derecho a contar con servicios educativos, de información y consejería para garantizar la autonomía reproductiva.	La falta de información sobre sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, es una causa para que se generen violencias y no sean denunciadas.
8. A tener acceso a los beneficios del progreso científico de la medicina que permitan una mejor calidad de atención en la salud sexual.	Los avances de la ciencia debieran ser para todos, pero por la codicia de grandes empresas y la dejadez de algunas autoridades del país, hace que este derecho no se cumpla.
9. A tomar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, dominación, ni violencia.	Hoy en día un embarazo no puede ser un descuido, menos aún nuestras parejas pueden obligarnos a abortar o no. ¡Decidir sobre nuestro cuerpo y nuestra vida, es un derecho!

Taller 2

Vivamos la SSySR ¡Con Igualdad y Respeto!

• Objetivo

Abrir un espacio que permita dar un primer paso para empezar a desnaturalizar la violencia en nuestras vidas como parejas, familias y comunidades.

• Presentación y desarrollo

1. Se realizará la técnica "la pelota quemada", todas las y los participantes se pondrán en círculo, se dará la pelota a cualquier participante, que deberá mencionar uno de los DSDR, quien no responda deberá decir "me queme" y pasar rápidamente a otro participante. Se puede hacer una lista de penitencias para las y los "quemados"

2. Se entregará una tarjeta (ver material 1) con uno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos a cada pareja y se pedirá que puedan analizar:

- ¿Cuándo o de qué manera la violencia puede intervenir en ese derecho para su NO cumplimiento?

- ¿Qué se puede hacer desde lo personal para frenar la violencia en este derecho?

3. Cada pareja presentará su análisis por un máximo de dos minutos. A la conclusión de todas las parejas, la o el facilitador, fortalecerá y/o retroalimentará aquellas participaciones en las que no haya habido claridad.

4. Se conformará 4 grupos de trabajo, empleando la técnica de la numeración. Cada grupo deberá dar una opinión y el análisis de causas y consecuencias emergentes de las siguientes titulares de noticias:

Grupo 1: "Mujer deja en la orfandad a 3 niños, a causa de un aborto clandestino"

Grupo 2: "En la pandemia los casos de violencia sexual ejercida contra niñas, niños, adolescentes mujeres, jóvenes y adultas se han incrementado"

Grupo 3: "Por celos, en una fiesta el hombre termino asesinando a su esposa"

Grupo 4: "Cada día mueren entre 4 a 5 mujeres debido al cáncer de cuello uterino"

5. Cada grupo socializará su trabajo, que será fortalecido por la participación del pleno, así como los aportes que brinde la o el facilitador, en torno a este acápite.

6. Se realizará un análisis reflexivo sobre las siguientes preguntas:

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Pelota
- Notas periodísticas,
- Papelógrafos
- Marcadores
- Masquin

- ¿Las mujeres nacieron para ser golpeadas y los hombres para golpear a las mujeres?
- ¿Qué ideas, creencias o mitos hay en nuestras familias y comunidades que refuerzan la violencia contra las mujeres?

7. Los aportes se recogerán en un papelógrafo, se fortalecerá con los mitos de la lectura de apoyo poniendo énfasis que muchas veces estos mitos se repiten en el diario vivir continuamente, incluso en forma de chistes. Se pedirá reflexionar sobre:

- ¿Podemos encontrar otras formas saludables de convivencia entre hombres y mujeres? ¿Cómo? ¿Cuáles?
- Guardando un minuto de silencio ¿Qué puedo hacer de manera personal ahora en mi familia para detener la violencia?

- La violencia es una de las principales barreras para el no ejercicio de los DSDR de hombres y mujeres.
- Las consecuencias de la violencia no solo se evidencian en el ejercicio de los DSDR, sino también en ámbitos macro como la convivencia social, el impacto en la pobreza y la economía.
- La violencia se aprende, por tanto, también es posible empezar a aprender la NO violencia.

- Lo que me gusta.
- Lo que no me gusta.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

a. **Material 1:** Tarjetas (en tamaño medio oficio). Elaborar tarjetas con los derechos sexuales y derechos reproductivos. Se pueden emplear imágenes para mostrar el derecho “en positivo”.

• Ideas para la reflexión final



• Evaluación del taller



• Material de apoyo



Tema 3

Promoviendo una Vida sin Violencia para adolescentes y jóvenes

• Lectura de apoyo



La violencia basada en el género se ejercita contra las mujeres, principalmente en el seno familiar puede tener efectos negativos en la vida de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, lo que puede repercutir en sus experiencias de noviazgo y de futuras familias, aunque, también es cierto que muchas personas por su resiliencia pueden y construyen relaciones de pareja no violentas, contrarias a las que pudieron haber vivido en sus familias. Considerando este elemento, es importante que, como padres, madres de familia y tutores, podamos tener presente, que es posible construir relaciones saludables que, a veces sin palabras, es la mejor pedagogía para enseñar a vivir a nuestras hijas e hijos sin violencia.

1. Identificando relaciones violentas en las parejas

i. Aclarando ideas sobre la violencia de pareja

- La violencia de pareja puede presentarse en personas de cualquier nivel socioeconómico, origen étnico, lugar de procedencia, creencia religiosa, identidad sexual, etc. Puede ocurrirle a cualquiera.
- Pese a que la persona agresora intente que la víctima se sienta culpable por la violencia que sufre, la justifique y busque excusas sobre su comportamiento, es la única responsable de su comportamiento y quien decide llevar a cabo la agresión.
- Las víctimas no deben sentir vergüenza por la situación. Reconocerlo y pedir ayuda es el primer paso para salir de ella.

ii. Aclarando ideas sobre qué es y qué no es amar

- La violencia no es una expresión del amor ni una forma de amar.
- Los celos no son una expresión de amor. Muestran inseguridad, posesión y control.
- La entrega incondicional a la pareja no es amor, es sumisión.
- Una persona debe cambiar porque realmente así lo quiera, no porque su pareja se lo diga.
- Las relaciones sexuales no son una muestra de amor hacia la pareja, sino que es algo que se debe hacer porque a ambos les apetezca y de forma consensuada.
- Querer a una persona no quiere decir que tenga que gustarle todo lo que a su pareja le gusta, ni que acepte bien todo lo que opina. Anular a la persona no es amar.
- Las personas son libres, no es su pareja quien le da la libertad.

No todas las relaciones de pareja son sanas e igualitarias, algunas pueden ser muy perjudiciales para alguno de los miembros de la pareja, quien está, consciente o inconscientemente sometida.

2. Sobre las relaciones abusivas y las igualitarias

a. ¿Cómo es una relación abusiva o violenta?

En este tipo de relación existe un desequilibrio de poder en la pareja. Quien agrede busca ejercer el poder y control sobre su pareja con la convicción de estar en su derecho, y al mismo tiempo lo encubre con una falsa preocupación. Son habituales algunos comportamientos como el chantaje emocional, los celos o culpar a la víctima de la situación que vive. Este tipo de relaciones hacen a la víctima sentirse insegura e infeliz.

La rueda del poder y control para parejas muestra una serie de formas de abuso que suele usar la persona agresora en este tipo de relaciones:

Intimidación	Provocando miedo a través de sus miradas, acciones, gestos, forma de expresarse. Mostrando armas. Rompiendo fotos, regalos y objetos.
Violencia sexual y física	Usar drogas o alcohol para que sea más fácil tener relaciones sexuales. Poniendo en duda su sexualidad. Sujetando a la persona maltratada para que no pueda irse. Golpeando, empujando, hiriendo en zonas donde no se ven los golpes. Amenazando con herirla físicamente.
Abuso emocional	Haciendo sentirse inferior, mal consigo misma/o, culpable... menoscabando su autoestima, a través de comparaciones, etiquetas, insultos.
Abuso económico	Aprovechándose del dinero de la pareja, quitándoselo para administrarlo y obligando a que se lo pida. No dejando que estudie ni trabaje.
Aislamiento	Usando los celos como símbolo de amor. Controlando lo que la pareja hace, a quién ve y con quién habla. Limitando sus relaciones sociales.
Amenazas	Diciendo que no puede vivir sin ella o él y amenazando con suicidarse o matarla/o si le abandona. Amenazando con irse o salir con otra persona. Amenazando con hacer daño a personas que la víctima quiere, a las mascotas o con romper objetos.
Dominación y uso de privilegios	Tratando a la pareja como una posesión o haciendo que asuma todas las tareas del hogar. No dejando que tome decisiones. Estableciendo todas las reglas en la relación y definiendo los roles de cada miembro de la pareja. Definiendo como "debe" vestir o actuar.
Minimizar, negar y culpar	Minimizando la violencia. No asumiendo la responsabilidad de sus propias acciones. Negando lo sucedido. Haciendo sentir a la pareja como la responsable del maltrato, culpándola y diciéndole que lo merece. Normalizar la situación de violencia. Diciéndole que nadie la va a creer y que al ser del mismo sexo no hay desequilibrio de poder y no puede haber violencia.

b. ¿Cómo es una relación igualitaria?

Una relación igualitaria, se basa, esencialmente, en los buenos tratos, la negociación justa, la comprensión, la libertad, la igualdad, la confianza y el respeto mutuo. La pareja lo pasa bien de forma conjunta y por separado; dedican tiempo a quedar con sus amistades y familiares, comprendiendo y respetando el espacio propio y de la otra persona. Son libres de expresar sus opiniones y se apoyan, aunque puedan tener sus diferencias; mantienen su autonomía, libertad, forma de pensar e ideas y respetan las del otro. Están a gusto y se ayudan a sentirse felices; son relaciones en las que ambos ganan.

En contraposición a la rueda del poder y el control, se muestra la rueda de la igualdad para parejas, en la que se muestran los comportamientos que se deben de dar en estas:

Comportamiento sin amenazas:	Habla y actúa de modo que la pareja se sienta segura para expresarse y actuar libremente. No usando amenazas ni manipula a la pareja.
------------------------------	---

Justicia:	Buscando resolver los conflictos entre ambos. Siendo flexible. Cumpliendo compromisos positivos.
Comunicación:	Comunicándose de forma asertiva, abierta y sincera.
Responsabilidades compartidas:	Compartiendo y distribuyendo de mutuo acuerdo las responsabilidades de la casa, con los hijos e hijas. Tomando las decisiones de forma conjunta.
Respeto:	Escuchando sin juzgar. Demostrando apoyo emocional, firme y comprensivo. Valorando la opinión de la pareja.
Confianza y apoyo:	Apoyándose mutuamente en sus metas. Respetando sus derechos, sentimientos, amistades, actividades y opiniones. Evitando escenas de celos, envidia y resentimiento.
Independencia:	Reconociendo y entendiendo las necesidades de independencia de cada uno. Fomentando las identidades individuales.
Honestidad:	Aceptando su propia responsabilidad. Tratando de corregir errores del pasado.

3. Mecanismos de negación de la persona agresora para no reconocer la situación

La tolerancia social existente, en algunos entornos, con la violencia de pareja hace que la persona agresora no se considere tal ni se autocuestione. Los mecanismos más comunes en la persona agresora son:

- **Fundamentar y racionalizar:** Se justifica para que parezca que hizo lo correcto, en entornos no tolerantes con la violencia la justificación no sería aceptable. "A veces tengo que ser firme".
- **Desviar el problema:** Basa su conducta en cuestiones ajenas a sí misma: "Me agobia la situación con mi familia".
- **Proyectar:** Responsabiliza de la situación a la víctima. "Toda la culpa es suya, que no para de provocarme".
- **Minimizar:** Quita importancia y gravedad a la agresión distanciándose del daño causado: "Sólo le di un empujón".
- **Olvidar:** Dice que ni recuerda ni es consciente de lo ocurrido. "No sé si llegué a pegarle o no".
- **Negar:** Niega la agresión, quitando credibilidad al relato de la víctima o diciendo que es una invención de ella. "Yo no le he hecho nada. Eso se lo inventa".

4. Mecanismos de negación de la persona agredida para no reconocer la situación

Resulta doloroso reconocer que se está sufriendo violencia, por ello, se desarrollan unos mecanismos de negación y supervivencia que quitan importancia a la situación y dificultan reconocerla y pedir ayuda.

- **Distorsión / Falta de conciencia / Minimización:** Para no aceptar la realidad, se apoya en fuertes convicciones (más deseos que realidades) que minimizan la situación, por ejemplo, autoconvenciéndose de que no es para tanto o que su pareja no llevaría a cabo sus amenazas.
- **Culpabilidad:** Se siente responsable y hasta merecedora de lo que le ocurre. Este sentimiento se debe a los propios mecanismos de defensa de la persona agresora (que proyecta la culpa en la pareja) y a su falta de autoconfianza.

- **Miedo:** De lo que puede suceder si denuncia la situación o pide ayuda.
- **Vergüenza:** Siente que es la única persona que está sufriendo esa situación. Está avergonzada por la situación que vive, por haber aguantado la violencia, por no ser capaz de dejar a su pareja y por lo que los demás puedan opinar.
- **Justificación:** Trata de razonar y comprender a la persona agresora, disculpándola por sus actos.

5. ¿Qué se puede hacer si se sufre violencia?

- Aunque al principio se crea que no se tiene que dar importancia a lo sucedido o que es algo habitual, conviene reflexionar sobre ello y reconocerlo como lo que es, una agresión.
- No sentir vergüenza por lo sucedido ni tener miedo a la opinión del resto, no dejar que el miedo le bloquee; es importante ser capaz de contárselo a alguien en quien se confíe y pedirle ayuda.
- No culpabilizarse por la situación, la persona agresora es la única culpable de su comportamiento.
- No dejarse confundir por las estrategias de la persona agresora, intentará culpar a la víctima y dirá que va a cambiar o incluso le hará regalos para que siga en la relación.
- Cuando se sienta capaz, “denunciar” la situación en aquel lugar que se crea más adecuado: ante la familia, centro educativo, centro médico, policía, colectivos o recursos especializados...
- Pedir ayuda a profesionales y recibir el asesoramiento adecuado es un paso fundamental para poder romper con la relación violenta.
- Ante una violación o una agresión física es recomendable acudir a un centro sanitario cuanto antes para que puedan realizarle el informe médico y tomar muestras si fuese necesario.

6. ¿Dónde denunciar la violencia contra las mujeres?

INSTANCIAS QUE PROMUEVEN LA DENUNCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Los Servicios Legales Integrales - SLIM: recibe denuncias, brinda apoyo legal, psicológico y social a mujeres en situación de violencia. • MINISTERIO DE JUSTICIA Y TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL- Servicio Plurinacional de Defensa a las Víctimas (SEPDAMI): Brinda apoyo legal y psicológico gratuito. • MINISTERIO DE JUSTICIA Y TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL -Servicios Integrados de Justicia Plurinacional (SIJPLU): recibe denuncias, brindan orientación y apoyo gratuito. • Autoridad Indígena Originaria Campesina: Reciben denuncias verbales y escritas, deben aplicar medidas de protección y/o derivar los casos a la justicia. • Defensorías de la Niñez y Adolescencia (DNA): Reciben denuncias, brindan apoyo legal, psicológico y social a niños/as y adolescentes (de 0 a 18 años edad).
INSTANCIAS DE DENUNCIA	<ul style="list-style-type: none"> • FUERZA ESPECIAL DE LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA – FELCV: Recibe la denuncia, da auxilio rápido a la mujer y sus hijos/as, hace seguimiento del caso por 72 horas. • FISCALÍA O MINISTERIO PÚBLICO: Recibe denuncias escritas, toma medidas de protección a la víctima y sus hijos/as, dirigen la investigación, dan apoyo legal gratuito.
<p>Si estas instancias no cumplen con sus funciones, tenemos todo el derecho como sociedad para organizarnos y:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hacer llegar nuestras quejas a la Defensoría del Pueblo - Pedir al gobierno nacional, departamental y municipal el retiro o sanción a la/os servidores públicos negligentes. <p>Ninguna de estas instancias promoverá una conciliación con el agresor si la vida o libertad sexual están en peligro. Estas instancias deben evitar contacto con el agresor para garantizar las medidas de protección a la víctima.</p>	

7. ¿Qué medidas de protección brinda la Ley No 348?

Son acciones rápidas para frenar la situación de violencia y/o impedir nuevas agresiones, brindadas por el Estado, una vez se realice la denuncia. Estas medidas son:

- Orden de salida o restricción: el agresor debe dejar el domicilio.
- El agresor no podrá tener documentos personales de la mujer y los hijos/as ni disponer de los bienes comunes.
- Se restringen visitas y convivencia con los hijos/as.
- El agresor No podrá intimar o amenazar a la víctima de violencia.
- Se dispondrá asistencia familiar para los hijos/as.
- Si se es víctima de acoso sexual, el agresor será removido de su trabajo para que los derechos laborales de la mujer no sean afectados.
- En caso de mucho riesgo, la personas agredida, podrá asistir a una Casa de Acogida y Refugio Temporal.

Para que estas medidas de protección se cumplan, es importante el apoyo de la comunidad o la OTB, es decir las vecinas y vecinos puedan ayudar a cuidar y proteger a una mujer y sus hijos/os, frente a un agresor.

8. La prevención de la violencia contra las mujeres según la Ley No 348

El gobierno nacional y los municipios deben crear medidas de prevención a nivel:

- a. **Estructural:** Son medidas integrales para cambiar actitudes, prácticas, reacciones, acciones y omisiones en el comportamiento individual, de pareja, familiar, comunitario, social y estatal, a través de la educación en la familia, la escuela, el trabajo, organizaciones políticas, sindicales, sociales, etc.
- b. **Individual:** Son medidas para fortalecer y empoderar a cada mujer y promover sus habilidades para identificar la violencia y enfrentarla de manera asertiva.
- c. **Colectiva:** Son medidas para prevenir la violencia y proteger a las mujeres a través de sus organizaciones, instituciones o cualquier colectividad a la que pertenezcan (sindicatos, juntas vecinales, gremios, comunidades).

Las Promotoras COMUNITARIAS es un grupo de mujeres que hubieran superado su situación de violencia, o quienes quieran asumir el compromiso de formar voluntariamente redes promotoras de apoyo a mujeres que todavía viven violencia, generando así grupos de solidaridad y protección en coordinación con los servicios públicos de atención.

Taller 3

Promoviendo una Vida sin Violencia para adolescentes y jóvenes

• Objetivo

Identificar estrategias para el acompañamiento y la construcción de relaciones igualitarias de respeto y cooperación entre hombres y mujeres.

• Presentación y desarrollo

1. Se trabajará con la técnica “Semillas de vida y convivencia”. Se pedirá que las y los participantes salgan del ambiente a buscar una piedrita, imaginando que esta es una semilla para vivir sin violencia. Cada participante al colocar su piedrita en la maceta mencionará su nombre y la palabra que es una semilla. La o el facilitador tomará nota de las palabras, estas servirán para el cierre del taller.

2. Se proyectará el video sobre “Violencia intrafamiliar” (Ver material 1). Luego se realizará un debate y análisis en torno a las siguientes preguntas:

- ¿Este tipo de relación en la pareja, se da en nuestras comunidades? ¿Por qué?
- ¿Es saludable esta relación de pareja?
- ¿Quién es responsable de este tipo de relación, el hombre o la mujer? ¿Por qué?
- ¿Por qué se llega a este nivel de relación violenta en la pareja?
- ¿Afectará este tipo de relación de la pareja en la vida de las hijas e hijos? ¿Cómo?
- ¿Es posible prevenir la violencia en la pareja? Si/No ¿Cómo?

3. Tomando como referencia la lectura de apoyo, se trabajará con la “Rueda del poder y el control” y la “Rueda de la igualdad para parejas” (ver material 2), las preguntas guías serán:

- ¿Cuáles son las características de las parejas donde se vive la violencia?
- ¿Cuáles son o deberían ser las características de las parejas que viven sin violencia?

4. Los aportes de las y los participantes se anotarán en el papelógrafo, con lo que será posible ir reflexionando sobre lo que pasa en las parejas de nuestras comunidades. La o el facilitador, fortalecerá esta parte con las características de la técnica “Rueda del poder y el control” y la “Rueda de la igualdad para parejas”.

5. Con la finalidad de mostrar que la prevención de la violencia es tarea de todos y todas, se reproducirá el video “Denuncia de la violencia en el barrio” (Ver material 3). Se analizará y reflexionará sobre:

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Maceta
- Videos
- Computadora portátil
- Parlantes
- Data Display
- Lata desechable
- Tarjetas
- Fósforos
- Papelógrafos
- Marcadores gruesos
- Masquin

• ¿La violencia contra la mujer es un hecho privado, donde “nadie debe meterse”?
Si/No ¿Por qué?

- ¿La actuación de las vecinas y vecinos ha sido positiva o negativa? ¿Por qué?
- ¿Qué más se puede hacer desde nuestros barrios y comunidades para prevenir y detener la violencia intrafamiliar?
- ¿Cómo debemos educar a nuestras hijas e hijos para que vivan sin violencia?

6. Todo este análisis se fortalecerá con los aportes en la lectura de apoyo del presente tema, en lo concerniente a los mecanismos de negación de la persona agresora, los mecanismos de negación de la persona agredida y la denuncia.

7. Se repartirá un lapicero y una tarjeta a cada participante. Se pedirá de manera muy personal meditar por un minuto en la persona “a quien mediante palabras, gestos o golpes hubieran causado mucho daño”. Se pedirá que anoten en la tarjeta las palabras que dijeron en ese momento de violencia. Luego se pedirá que arruguen la tarjeta haciendo el compromiso de mejorar sus relaciones, la comunicación, el respeto y el sentimiento de afecto a nuestros seres queridos antes que la violencia.

8. Finalmente, en una lata desechable, se pedirá que cada participante coloque su tarjeta arrugada, para luego quemarla.

i. La violencia de género en las familias, pueden tener efectos negativos en la vida de nuestras hijas e hijos, por eso es importante identificarla para prevenir y detenerla.

ii. Si vemos que como hombres y mujeres nos cuesta tener un cambio de actitud para dejar la violencia de lado, es bueno recurrir a una persona profesional en psicología o, una persona de nuestra confianza, cuyo comportamiento no violento, nos aliente a compartirle nuestro problema.

iii. Hay instancias llamadas por Ley para la prevención y atención de la violencia, sin embargo, estas no serán suficientes sin como hombre y mujeres no somos parte en la solución del problema. Nuestra creatividad en amplia, además, las prácticas culturales positivas como el ayni o el padrinazgo, pueden ayudarnos a vivir con menos violencia.

- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Ideas para la reflexión final



• Evaluación del taller



a. **Material 1:** Link de video "Violencia intrafamiliar en Bolivia": <https://www.youtube.com/watch?v=S1WdtNbWzX0>

b. **Material 2:** Matriz "Rueda de poder y control" "Rueda de la igualdad en la pareja"

• **Material de apoyo**



• Parejas con violencia	• Parejas sin violencia

c. **Material 3:** Link de video "Apoyo barrial": https://www.youtube.com/watch?v=uQ076np_3c8

- Se puede emplear música andina relajante para los momentos de meditación.
- Al finalizar el taller se puede entregar "el violentometro", material elaborado por el CIES, con la finalidad de que las y los participantes puedan realizar una reflexión individual sobre cómo está su relación de pareja, respecto a violencia.

• **Variaciones**



Tema 4

Violencia en el “enamoramiento”

• **Lectura de apoyo**



La violencia de género con algunas características particulares, también se expresa en las relaciones sentimentales de pareja de las y los adolescentes y jóvenes (“violencia en el noviazgo”).

1. Noviazgos o relaciones de pareja adolescentes

Teniendo en cuenta que el noviazgo como tal, es la etapa preparatoria previa y orientada al matrimonio, hablar de noviazgo en la adolescencia es más bien un convencionalismo para referirse a las relaciones de pareja en la adolescencia, pero que se trata de relaciones en las que se entrenan ciertas habilidades que ayudarán al individuo a distinguirse del sistema familiar de origen y por ende a autoafirmarse en el proceso hacia la independencia y autonomía. El noviazgo en la adolescencia, se constituye en:

- Un proceso de aprendizaje, de entrenamiento de las habilidades sociales.
- De construcción de la intimidad, del reconocimiento de las capacidades corporales para experimentar el erotismo.
- De entrenamiento del dar y recibir afecto.
- Del cuestionamiento del poder de padres y madres.

Se sugiere considerar dos factores fundamentales que condicionan, las manifestaciones de la relación de pareja en la adolescencia:

a. El primero, relacionado a la diferenciación del sistema familiar

Donde el o la adolescente encuentra por primera vez una fuente de autoafirmación de su individualidad fuera de su contexto familiar, es decir, encuentra en el otro o en la otra a alguien que le valora por razones diferentes a las que existen en la familia de origen, aspectos que se conjuncionan con las nuevas capacidades corporales, sociales, cognitivas y afectivas. De ahí que generalmente, las primeras relaciones de pareja sean cautivantes y tengan una mayor intensidad en todas sus dimensiones.

b. El segundo, de orden social que puede tener sus propias particularidades

Estas particularidades pueden ser de acuerdo a la clase social y el nivel de ingresos, que permite el acceso al consumo de diferentes bienes materiales y culturales. Hay una conjunción generacional de varios elementos:

- i. El amor no necesariamente es uno de los componentes centrales de la relación, ésta puede asentarse en emociones y afectos de menor intensidad (ej. atractivo físico o sexual).
- ii. Mantenerse al margen de una relación de pareja, parece ser un factor que puede motivar la exclusión del grupo de amistades, lo que implica un factor de presión social que podría condicionar la permanencia en una relación más allá de sus condiciones negativas, en este caso la violencia.
- iii. El papel de la tecnología para el establecimiento de relaciones, muchas veces éstas se inician, se construyen y tienen episodios importantes de su desarrollo, en la virtualidad de las redes sociales, que

necesitan de encuentros físicos menos frecuentes, pero de mayor intensidad y que incluyen a un grupo de amistades vinculadas a la propia relación que pueden actuar como mediadores.

2. Violencia en el “enamoramiento”

Caracterizar la violencia en el noviazgo en la adolescencia, ayudará a comprender mejor los comportamientos de las y los adolescentes:

- a. La violencia puede ser, ante todo, emocional, física y sexual. La violencia prevalente sería la emocional, siendo sus consecuencias y daños tan o más devastadores que los de la violencia física.
- b. La violencia tiende a incrementarse en función del tiempo por el cual se prolonga la relación.
- c. Las y los adolescentes tienen diferentes prácticas y formas de establecer una relación de pareja, así pueden surgir encuentros momentáneos (los agarrones) con apenas días o semanas de duración y con un fuerte componente erótico sexual más que afectivo, o relaciones más extensas (firmes), que afectan de distinta forma a cómo se desarrollarán los episodios de violencia. Existen también categorías diferentes de acuerdo al nivel de intimidad y contacto físico, como “amigovio” (mezcla entre amigo y novio) o “amigos con derechos”.
- d. Según un estudio de Oxfam – Bolivia (2021), los patrones de violencia entre las y los adolescentes tienen rasgos de las relaciones adultas.
- e. En términos de habilidades sociales y de relación de pareja, es posible que por su menor entrenamiento existan mayores dificultades para comunicarse, para identificar y transmitir sus emociones, manifestar cariño, manejar las desilusiones y enfrentar los conflictos.
- f. Existiría también mucha violencia superficial o aparente (incluyendo empujones, golpes, pellizcos, etc.) como medio rudimentario de mantener relaciones y de sugerir intimidad y resolución de conflictos. Este comportamiento estaría más arraigado en los hombres que en las mujeres.
- g. Caracteriza también a la adolescencia la “experimentación”, que incluye involucrarse en experiencias potencialmente dañinas, tales como fumar, consumir alcohol o drogas, cometer actos ilegales, además de agresividad en sus relaciones interpersonales.

3. Los mitos, “el amor romántico” un mito peligroso

Hay mitos, como el del “príncipe azul” o el de “la media naranja”, que han ayudado a construir una idea de amor romántico que, si no se aprende a desarrollar en clave de relación sana, pueden ser el marco de afectos tóxicos que no son verdadero amor. Entre estos mitos esta:

- **El poder del amor:** se refiere a mitos tales como “mi pareja cambiará gracias a mi amor”, “los polos opuestos se atraen”, “el amor y el maltrato son compatibles”, “el amor verdadero lo perdona/aguanta todo”.
- **El amor verdadero predestinado:** comprende mitos como “he de buscar mi media naranja”, “existe un único amor verdadero”, “el amor verdadero dura toda la vida”, “en el amor verdadero la pasión es eterna”.
- **La entrega total:** se refiere a mitos como “el amor es lo fundamental de la existencia”, “soy capaz de dar la

felicidad al/la otro/a", "cuando te enamoras pierdes la individualidad y dejas de ser tú mismo/a", "en el amor se debe renunciar a la intimidad".

- **Amor como posesión y exclusividad:** incluye mitos como "los celos y el control son una muestra de amor".

Estos mitos, se basan en considerar la relación de pareja como lo más importante, poniéndola por encima de cualquier otra cosa. Estos mitos, entre otras cosas:

- Justifican los comportamientos posesivos y los celos. Recomiendan el aguante, la perseverancia y la sumisión como forma de resolver los conflictos de pareja.
- Confían en el poder transformador del amor. Entienden la pareja como una unidad y cada uno de sus miembros como la extensión del otro ("media naranja").

Esta idea del amor romántico puede hacer que las y los adolescentes, no sean capaces de percibir situaciones de violencia manifiesta que puedan estar dándose en la relación.

Por otra parte, las chicas manifiestan creencias, emociones y conductas que definen un tipo de relación basada en el amor romántico. Mientras que para los chicos las relaciones se presentan de diferentes formas, apareciendo las actitudes violentas más de lo que se desearía como una forma de relación. ¿De dónde parten estas ideas sobre el amor? De la literatura romántica, de la televisión, de las novelas, de las series juveniles que aparentemente son modernas, etc.

Es importante que como padres y madres aprendamos a reconocer creencias, actitudes y conductas violentas que puedan estar sufriendo nuestras hijas o hijos en sus relaciones de pareja, esto ayuda en la prevención de la violencia y en la re-educación de ellas y ellos, desde las familias.

4. Indicadores de riesgo "LUCES ROJAS"

a. Indicadores para detectar si existe una conducta que terminará siendo violenta

Observa si tu hijo que mantiene una relación de pareja con una chica, se comporta de alguna de estas formas:

- Controla lo que hace, exige explicaciones por todo y pretende conocer hasta sus pensamientos.
- Es celoso de manera exacerbada, la acusa de ser infiel.
- La vigila de manera permanente, la crítica o intenta que cambie su manera de vestir, de peinarse, de maquillarse o, simplemente que cambie la forma de hablar o comportarse.
- La suele dejar plantada en salidas o reuniones, sin dar explicaciones ni aclarar los motivos.
- La culpa a ella de todo lo que ocurre y la convence de que es así.
- No le pide disculpas por nada. Impone reglas sobre la relación (días, horarios, tipos de salidas, etc.). De acuerdo a su conveniencia.
- Amenaza con abandonarla si no hace todo lo que él desea.
- Induce pensamientos de lastima al justificarse con su vida sacrificada culpando a sus padres.
- Recibe cariños, mimos y atenciones, pero nunca los devuelve.
- Pretende que lo acepten tal cual es. Acusaciones la pareja mujer de "castradora" o posesiva, cuando ella hace alguna observación sobre sus actitudes.
- Nunca aprueba ni estimula de manera autentica actos o cualidades.
- Se ofende rápido y cree que los demás andan detrás de lo que hace.

- Es seductor y simpático con todo el mundo, pero a ella la trata con crueldad.
- Le está prometiendo siempre que va a cambiar sus defectos o sus adicciones. Nunca cumple.
- Se burla, habla de forma grosera o con desprecio acerca de las mujeres en general.
- Exagera sus defectos haciéndola sentir culpable y descalificada.
- Se muestra protector y paternal. “Yo sé lo que es bueno para ti. Quiero lo mejor para ella. Hago lo mejor para ella.” (Hay que reemplazar el “para ti” por un “para mi” y se captaran sus verdaderas intenciones).
- La acusa injustamente de coquetear, salir o verse con otros hombres.

b. Indicadores para detectar si existe una conducta que terminará haciéndote descubrir que tu hija está sufriendo una relación con un amigo especial o de pareja abusiva.

Observa si se comporta de alguna de estas formas:

- Si tu hija ha modificado su comportamiento
- Ha dejado de ser la chica espontánea y comunicativa que podía ser antes.
- Ha cambiado su forma de vestir, deja de arreglarse.
- Si expresa que los celos son una forma de amor, y no se da cuenta que son prácticas de acoso y de manipulación emocional.
- Esta más callada, deja de frecuentar a sus amigas de siempre.
- Deja de participar en eventos familiares, si puede, con alguna excusa.
- Tiene cambios de humor repentino sin motivo aparente, discute en exceso con su madre.
- Si notas alguna marca o moretón en ella te dice que se ha caído, y es con cierta frecuencia.
- Ante cualquier opinión tuya o de una amiga o hermana, sobre él, ella se pone a la defensiva y se expresa con frases como “No me calientes la cabeza contra él. No lo quieren, me están envenenando. Ustedes tienen celos de nuestra relación” así desvirtúa la cuestión y nunca responde por su conducta.

5. La violencia a través de las nuevas tecnologías

- Si está asustada o de mal humor.

Las nuevas tecnologías nos ofrecen muchas oportunidades, pero también tienen riesgos y peligros como en los casos de acoso y violencia, tanto entre iguales como por parte de la pareja o expareja. Algunos ejemplos son:

- Solicitud de intercambio de fotos y vídeos íntimos en la pareja (sexting) “como prueba de amor” o de grabar situaciones íntimas, sin ser conscientes de los peligros, como puede ser su difusión en redes sociales o por mensajería entre las amistades (o en clase) y/o el chantaje con la difusión de estos vídeos/fotos/mensajes (sextorsión). Esto también puede suceder con fotos o vídeos tomadas sin autorización de la persona.
- Situaciones de aislamiento, cibercontrol y celos en las redes sociales, pudiendo la pareja solicitar que se dé de baja en redes sociales, controlando y censurando las fotos o comentarios que “sube” o limitándole sus contactos en las redes sociales.
- Creación y uso de “perfiles” falsos en las redes sociales para controlar, “probar” o acosar a la pareja.
- Hackeo o suplantación de identidad de uno de los miembros de la pareja haciéndose pasar por el otro para sacar información de sus contactos o acceder a su correo electrónico, cuenta de WhatsApp.

- Acoso y control a través del dispositivo móvil. Mediante el envío masivo de mensajes o llamadas al teléfono móvil de la víctima. Pudiendo pedirle, incluso, que la persona con la que dice estar se ponga al teléfono, que le envíe fotos o vídeos que demuestren que está dónde y con quién dice.

6. Avanzar hacia “ese otro mundo posible” a través de la educación

- Usos de aplicaciones como el “Spyware” para controlar a la pareja. Estas aplicaciones de móvil permiten controlar la actividad de la víctima.

Una propuesta saludable es enseñar a nuestros hijos e hijas a que aprendan a detectar situaciones de riesgo, a que adquieran valores de igualdad en el desarrollo de su personalidad:

- Es bueno que expresen los sentimientos sin miedos, para avanzar en la conquista de unas relaciones amorosas sanas, basadas en el respeto mutuo y en la libertad individual.

- Hay que dar la misma importancia a las opiniones de ambos, aunque sean diferentes, generando confianza para plantear cualquier tema.

- Es importante tratar los conflictos con libertad sin imposición de uno sobre otro.

- Compartir los problemas y respetando las soluciones consensuadas.

- Insistir con ellas y ellos en que las relaciones sexuales deben ser deseadas por ambos, utilizando medios de protección contra los embarazos no deseados y los posibles contagios de enfermedades.

- Animarlos a buscar momentos de diversión juntos y que lo valoren en la misma medida si la diversión es individual, con amistades y/o con la familia.

- Animar a las chicas y chicos a que rechacen el control ejercido en las redes sociales de las conversaciones que se mantienen con amistades: la contraseña es personal.

- Enseñarles y mostrarles que amar y ser amado enriquece nuestras vidas. Cuando la gente se siente sentimentalmente cerca de otra persona es más feliz e incluso más sana.

En la adolescencia se experimentan sentimientos de atracción apasionados, se desarrollan sentimientos románticos. Sentirse atraído por otras personas forma parte del proceso natural de crecimiento. Una relación

Taller 4

Violencia en el “enamoramamiento”

• Objetivo

Reconocer y brindar estrategias para la identificación temprana de situaciones de violencia que puedan vivir las y los adolescentes en sus relaciones de pareja.

• Presentación y desarrollo

1. Cada participante se presentará mencionando su nombre y en una palabra “el mejor sentimiento tenido durante su primer enamoramiento”. A la conclusión se realizará un análisis colectivo en función a las siguientes preguntas:

- ¿Esos sentimientos se mantuvieron hasta hoy? Si/No ¿por qué?
- ¿Las/os adolescentes y jóvenes experimentarían estos sentimientos hoy? Si/No ¿por qué?
- ¿Cuáles serán las principales características y/o problemáticas que viven las y los adolescentes y jóvenes en el enamoramiento?

2. Se mencionará el concepto de violencia en el enamoramiento. Luego se abordará los mitos en torno al amor romántico, para ello se empleará láminas (Ver material 1) y, una por una se ira mostrando y trabajando “si es o no verdadera”. Al finalizar los mitos se analizará:

- ¿Hemos visto estos mitos en la vida de nuestras hijas e hijos? ¿Cuándo y cómo se da?
- ¿Cómo padres, madres y tutores, habremos creído y vivido nuestros enamoramientos según estos mitos?
- ¿Cómo es que estos mitos están presentes en la vida de nuestras hijas e hijos?
- Se compartirá alguna experiencia si hay algún voluntario/a.

3. Se oirá el radio clip “100 mujeres en conflicto: Erika Enamoramiento violento” (ver material 2). Se oirá la problemática y las tres soluciones. Luego se formará tres grupos de trabajo mediante la dinámica de los números. Cada grupo representará una salida analizando lo positivo y negativo de la solución, además de la identificación de situaciones de violencia, luego cada grupo realizará su presentación fundamentando el por qué la solución que les toco es la mejor o no y, cómo es que hablarían con Erika si ella fuera su hija:

- Primera solución: Terminar la relación
- Segunda solución: El cambiará
- Tercera solución: “O cambias o rompo contigo”

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Láminas
- Radio clip
- Video
- Computadora portátil,
- Parlantes
- Sata display
- Papelógrafos
- Marcadores
- Masquin

4. Cada grupo realizará su presentación en un papelógrafo o mediante una corta escenificación. De la participación de cada grupo se sacará los puntos de consenso y disenso, que serán anotados en un papelógrafo.

5. A fin de brindar más elementos para el análisis, se proyectará el video “Amor se escribe sin violencia” (ver material 3). Luego se promoverá el análisis con las siguientes preguntas:

- ¿Han visto o ven que las y los adolescentes estén viviendo el enamoramiento violento?
- ¿El video elaborado en Machaca, recogerá experiencias reales?
- ¿En el radio clip de “Erika” cual es al fin la mejor solución?
- ¿Cuáles son los principales problemas con los que tropiezan las adolescentes para romper con una relación violenta?
- ¿Cómo podemos educar a nuestras hijas e hijos para que no reproduzcan relaciones violentas?

6. La o el facilitador mencionará los indicadores de riesgo, las redes sociales y aplicaciones como medios que pueden reforzar la violencia, así como las estrategias para prevenir el noviazgo violento desde la educación que se pueda brindar en la familia.

i. Se tiende a naturalizar la violencia contra la mujer en diferentes espacios. No obstante, la familia es uno de los principales espacios para aprender la violencia. Es fundamental una educación constante y con el ejemplo desde las familias.

ii. Es preciso tener mucha paciencia cuando una adolescente este en una relación violenta. Muchas veces la o el adolescente tiene ideas muy marcadas sobre el amor romántico o, la necesidad de protección que encontró escasamente.

iii. Hay instancias como el SLIM o la FELCV, además de instituciones privadas que pueden orientarnos sobre cómo afrontar esta problemática. También se puede recurrir a la conversación entre padres y madres familia de la pareja enamorada, para asumir un mejor acompañamiento a la relación.

- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Ideas para la reflexión final



• Evaluación del taller



a. Material 1: Láminas sobre mitos (ver lectura de apoyo)

Lámina 1. El poder del amor: "mi pareja cambiará gracias a mi amor", "los polos opuestos se atraen", "el amor y el maltrato son compatibles", "el amor verdadero lo perdona/aguantaba todo".

Lámina 2. El amor verdadero predestinado: "he de buscar mi media naranja", "existe un único amor verdadero", "el amor verdadero dura toda la vida", "en el amor verdadero la pasión es eterna".

Lámina 3. La entrega total: "el amor es lo fundamental de la existencia", "soy capaz de dar la felicidad al/la otro/a", "cuando te enamoras pierdes la individualidad y dejas de ser tú mismo/a", "en el amor se debe renunciar a la intimidad".

Lámina 4. Amor como posesión y exclusividad: "los celos y el control son una muestra de amor".

• Material de apoyo



b. Material 2: Link de radio clip

"100 mujeres en conflicto: Erika Noviazgo violento" junto a las tres soluciones.

c. Material 3: Link de video

Amor se escribe sin violencia (violencia en el noviazgo): <https://www.youtube.com/watch?v=hB0lhvNtl-c>



Módulo 5

*• Los Métodos
Anticonceptivos y la
construcción de un
Proyecto de Vida*

Módulo 5: Los Métodos Anticonceptivos y la construcción de un Proyecto de Vida

Objetivo: Fortalecer los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, que permitan a las y los participantes el desarrollo de capacidades y habilidades para la construcción de un Proyecto de Vida, la toma de decisiones en situaciones como el embarazo y/o el aborto, en sus propias vidas y en el acompañamiento de adolescentes y jóvenes.

Capacidades a fortalecer y/o desarrollar

- Las y los participantes:
 - Se sensibilizan sobre su derecho a decidir cuando ser padres, madres o no, empleando en ello la mejor decisión sobre el uso de un método anticonceptivo.
 - Desmitifican los mitos sobre los anticonceptivos y comparten información adecuada con sus hijos, hijas en sus familias y comunidades.
 - Reconocen la importancia de construir un Proyecto de Vida en la búsqueda de su realización personal.
 - Fortalecen su capacidad para tomar decisiones con respecto a la decisión de utilizar métodos de protección para prevenir un embarazo o una infección de transmisión sexual.

Talleres Ejes de trabajo

1. El embarazo ¡Tú decides cuando!

- Reflexión sobre el embarazo, los MAC y los factores que intervienen en la toma de decisiones y las implicaciones del embarazo.
- Identificación de las fases en la toma de decisiones que afectan la Salud Sexual y Salud Reproductiva.
- Implicaciones del embarazo en hijas e hijos adolescentes.
- Experiencias de mujeres sobre la interrupción del embarazo.

2. Anticoncepción ¡Muchas opciones, una elección!

- Identificación de la normativa y el uso de los anticonceptivos oficiales en el país.
- Reconocimiento de los distintos métodos anticonceptivos y los criterios para el adecuado uso de los MAC.
- La vivencia de la/os adolescentes frente a los anticonceptivos.

3. ¿Qué sabemos sobre los Métodos Anticonceptivos?

- Percepción y definición de anticoncepción.
- Identificación de los anticonceptivos conocidos y usados en la comunidad.
- Identificación de los mitos y creencias sobre los MAC.

4. El Proyecto de Vida para el presente y futuro

- Retrospectiva sobre sueños y deseos en la etapa de la adolescencia.
- Identificación de actores y discursos que influyen en la construcción de un Proyecto.
- Esquema y Tips para la elaboración de un Proyecto de Vida.

Tema 1

El embarazo ¡Tú decides cuando!

· Lectura de apoyo



1. Embarazo

El embarazo es un tiempo especial en la vida de una mujer, se dan cambios físicos y emocionales, se pueden vivir miedos, esperanzas y fantasías. Sin embargo, diferentes estudios evidencian elevados índices de embarazos no deseados en el país, situación que refleja las limitaciones que tienen las mujeres para controlar las decisiones sobre su sexualidad, su capacidad reproductiva y el ejercicio de sus DSDR.

Según el ENDSA 2016, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) del área urbana se encuentra, cada vez, más próxima al umbral de reemplazo (2 hijos), mientras que el área rural casi lo duplica. Actualmente, el país se encuentra en un nivel de fecundidad intermedio, según la clasificación de CELADE/CEPAL, a más de un hijo del umbral de reemplazo. Mientras el Estudio temático del embarazo adolescente (Encuestas de Demografía y Salud 2008 y 2016) del INE, las TGF colocan a Bolivia entre los países con mayor promedio de hijos/as nacidos/as vivos/as durante la edad reproductiva de las mujeres (3,1); por lo tanto, de elevada fecundidad, por encima del promedio regional.

Por otra parte, el Sistema Nacional de Información en Salud- SINIS, publicó que de enero a julio del año 2020 se registraron 19.233 embarazos en niñas y adolescentes en el país, es decir 90 embarazos por día, en su mayoría resultado de la violencia sexual ejercida por agresores dentro del entorno familiar o cercano a la víctima.

i. Implicaciones del embarazo en las mujeres y en los hombres

El embarazo afecta de diferentes maneras a la mujer y al hombre, con mayor impacto en el cuerpo y vida de la mujer. También hay implicaciones diferentes si se trata de mujeres y hombres adolescentes. En el caso de la adolescente, el embarazo representa vivir situaciones de desigualdad, injusticia y violencia sistémica.

La mujer embarazada vivencia durante 9 meses, todo tipo de cambios y esfuerzos físicos (malestares propios del embarazo: náuseas, mareos, crecimiento de los pechos, descalcificación, etc.) y psicosociales que conllevan los cambios en los estados de humor, miedo, incertidumbre, vergüenza, prejuicios, incremento del presupuesto para otros gastos relacionados con el embarazo, dificultad del rendimiento en el trabajo o no poder conseguir trabajo estando embarazada, etc.

El hombre por su lado, no es afectado físicamente por el embarazo, y en el mejor de los casos estará al lado de su compañera para acompañarla y apoyarla, o en el peor de los casos, que es muy frecuente sobre todo en los adolescentes, huirá y abandonará a la madre y la wawa.

ii. El embarazo, SSySR y el derecho a decidir ser madre

Para María Galindo, es frecuente que en la mayoría de los casos de mujeres que quedan embarazadas, este sea un hecho casual, pocas mujeres planifican ser madres como un acto de responsabilidad y conciencia. En la mayor parte de los casos de embarazo en adolescentes o mujeres jóvenes, la maternidad llega de sorpresa, no se lo esperaban. Pues, si bien hay un conocimiento de métodos anticonceptivos (ENDSA 2016) estos no son usados por factores como el machismo, la vergüenza, el desconocimiento de sus propios cuerpos, los DSDR, de una sexualidad placentera entre otros. Es en este contexto, la toma de decisiones se

convierte en una práctica urgente entre las y los adolescentes y jóvenes.

a. Tomar decisiones respecto a la sexualidad

Las y los adolescentes deben aprender a tomar decisiones con responsabilidad para elegir opciones que apoyen su desarrollo, bienestar y armonía en sus relaciones. Comúnmente se piensa que en la adolescencia no se tiene la madurez para la toma de decisiones propias, sobre todo en el área de la sexualidad. Por lo que para educar en la toma de decisiones es importante preguntarnos como padres y madres ¿Creemos en la capacidad de nuestros hijos e hijas para tomar decisiones?. Algunas de las principales dificultades que las y los adolescentes encuentran al tomar decisiones son:

- Temor a equivocarse.
- La presión de los y las amigas por quedar bien con los demás.
- La presión de la familia “para no fallarles”.
- No asumir la responsabilidad de sus decisiones.
- Vergüenza para preguntar o buscar consejos e información adecuada.

Entre las y los adolescentes hay preguntas o debiera haber (es sano): ¿Hasta dónde quiero llegar cuando nos estamos besando y acariciando? ¿Quiero “hacer el amor”? ¿Quiero esperar o prefiero hacerlo pronto? ¿Qué será lo mejor para mí? A veces las respuestas, a falta de orientación, no siempre son las mejores. Por ello, la toma de decisiones es un proceso que permite decidir por una opción:

- **Libre:** porque no dependerá de presiones de amigos(as), de padres y madres, de la pareja, o de mitos y convenciones sociales, y se constituirá en un sentido positivo para la vida.
- **Sana:** porque no implicará ningún riesgo para la salud física de los y las adolescentes.
- **Informada:** porque implicará la búsqueda de información y fuentes confiables y más seguras.
- **Responsable:** porque se analizará las ventajas e inconvenientes de la decisión, reconociendo los riesgos, optando por la que mejor proteja, sea más agradable o placentera para uno/a o la pareja.

b. Aspectos a considerar en la toma de decisiones de adolescentes

- Tener en cuenta los deseos que uno siente y cuál es la decisión que se quiere tomar. Así, se puede diferenciar si lo que está en juego son los deseos o si se quiere hacer algo por presión de alguien más.
- Contar con la información necesaria que permita tomar una decisión. La información debe ser clara, sencilla y verdadera (no basada en mitos). Además, debe venir de fuentes confiables como ser, personas adultas de confianza (ámbito familiar y/o escolar), o alguna persona del centro de salud. En lo posible, esta persona debe brindar un dialogo honesto, respetuoso e información científica.
- Saber cuáles son los sentimientos que se tiene al tomar una decisión u otra, para lo que él o la adolescente se puede preguntar ¿Con cuál decisión me siento mejor? Esto permite tener mayor claridad sobre lo que realmente se quiere y lo que va mejor para su bienestar y tranquilidad personal.
- Analizar las ventajas y desventajas de cada decisión, para así poder tener claro los riesgos que se enfrenta (ej. embarazo, ITS/VIH-SIDA, culpa, etc.) y asumir con responsabilidad las consecuencias.
- Tener en cuenta los aprendizajes que uno/a tiene, y las enseñanzas que pueda tener sobre sexualidad, para que la decisión no vaya en contra de los valores y principios, y se termine sintiéndose muy mal.

- Cualquier decisión que uno/a tome implica un nivel de responsabilidad con uno/a mismo/a y con la otra persona. Por lo que uno/a debe cuidar a la otra persona de cualquier riesgo físico o emocional.

- Se tiene una serie de opciones con respecto a la sexualidad, como por ejemplo la abstinencia, la

2. Prevención del embarazo no deseado en adolescentes

autoestimulación, los juegos sexuales o las relaciones coitales. No hay una sola forma de vivir la actividad sexual, ni hay una sola forma experimentar placer.

El cuestionamiento que se da en la actualidad hacia el embarazo adolescente, reconociéndolo únicamente como un problema, se basa en una representación idealizada que se tiene de la adolescencia que reconoce una forma de comportarse como “normal”, y la que no, es estigmatizada como lo problemático.

En lo anatómico y fisiológico:

- Las adolescentes no han madurado físicamente. Su pelvis es demasiado pequeña, pueden tener un parto prolongado u obstruido, que puede causar hemorragia, infección o la muerte de la madre o del recién nacido.
- Las adolescentes tienen más probabilidades de tener parto prematuro, aborto espontáneo y mortinato.
- Las mujeres que van a dar a luz por primera vez tienen más probabilidad de desarrollar trastornos hipertensivos, incluidas la preeclampsia y la eclampsia (presencia de proteína en la orina, presión arterial alta y edema).
- La mayor cantidad de muertes en niños menores de un año suceden en hijos de madres adolescentes.

En lo emocional:

Un embarazo en la vida de las y los adolescentes, puede ocasionar depresión, ansiedad y baja autoestima.

En lo familiar:

- Afecta en la economía familiar, dificultando la disponibilidad de alimentos y de la satisfacción de otras necesidades básicas.
- Afecta la armonía entre los miembros de la familia.
- Se induce a la unión forzosa.
- Más probabilidades de tener más de un hijo.

En lo socio económico:

- Pierden la oportunidad de continuar con su educación formal aportando a las cifras de la deserción escolar.
- Sin educación es difícil continuar con sus proyectos de vida formativos y el rol productivo que la sociedad espera de ellas y ellos. Hay frustraciones en el estudio, trabajo, recreación, entre otros.
- Se expone a abortos inseguros.

La prevención del embarazo en las y los adolescentes es una cuestión de salud pública, por lo que el Estado boliviano lo asume como una problemática que debe ser prevenida por las siguientes razones:

Factores que facilitan la prevención del embarazo no deseado	Factores que dificultan la prevención de los embarazos no deseados
<ul style="list-style-type: none"> - La permanencia en el sistema educativo y contar con Educación Sexual Integral. - Ciertas características del entorno familiar (presencia de ambos padres en la vida del o la adolescente, mayor clima educativo del hogar, etc.), retrasan la iniciación sexual, que es clave en la cadena de eventos que pueden conducir a la maternidad durante la adolescencia. - Si él o la adolescente ha iniciado su vida sexual, la probabilidad de convertirse en madre está estrechamente relacionada con tres factores: <ul style="list-style-type: none"> • En primer lugar, la escolaridad (el abandono escolar duplica las posibilidades de tener un hijo). • Segundo, haber tenido educación integral de la sexualidad (especialmente si fueron varias clases o charlas antes y después de la iniciación sexual) disminuye las probabilidades de un embarazo. • Tercero, haber usado un método anticonceptivo en la primera relación sexual, considerado un predictor de uso futuro, también disminuye las situaciones de ser madre en la adolescencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento y/o falta de orientación en el uso de métodos anticonceptivos. - Poca compatibilidad del anticonceptivo con el contexto de vida afectivo y sexual de los y las adolescentes. - Las representaciones estigmatizadas y genitalistas de la sexualidad. - La desigualdad de poder en las relaciones entre los géneros. - La ambivalencia del deseo de tener hijos. - Presión de los pares para la iniciación de la vida sexual.
Otros factores	Otros problemas que afectan la accesibilidad a los métodos

3. Aborto: Interrupción del embarazo

i. Factores que intervienen en el embarazo no deseado en adolescentes

i. Condiciones en las que se realizan los abortos

El aborto en condiciones de riesgo persiste como una de las principales causas de mortalidad materna y consecuencia del ejercicio limitado de los derechos reproductivos de las mujeres. En Bolivia el aborto está penalizado, es un delito, en consecuencia, los abortos se practican de manera clandestina. Según María Galindo, este hecho genera que:

- No haya información pública al respecto, por lo que la mujer se enfrenta a una intervención en su cuerpo sin saber exactamente qué le van hacer.
- Los que realizan los abortos cobran precios muy altos precisamente porque argumentan que corren un gran riesgo al ser una práctica ilegal, donde las mujeres, muchas veces se sienten delincuentes.

- A veces los abortos son realizados por personas no especializadas y aunque lo fueran, no siempre hay condiciones de higiene y seguridad. Lo que implica un riesgo para la salud y la vida de la mujer.
- En el debate sobre la despenalización del aborto, la mujer es señalada de culpable, la que es condenada por las religiones, por la sociedad, su familia y amistades.

ii. Razones y situaciones por las que una mujer aborta

Las razones que llevan a las mujeres a plantearse un aborto son múltiples, y van desde salud, pobreza, abandono del padre gestante, violación sexual, no acceso a los anticonceptivos, embarazos inoportunos y/ no deseados hasta el miedo de asumir ante los padres un embarazo en la adolescencia. El aborto deteriora gravemente la salud de las mujeres, aunque su prevención es posible a través de la información confiable sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar, así como programas de educación sexual integral.

Para María Galindo, las principales razones por las que una mujer decide abortar están relacionadas con:

- El machismo que está presente en las relaciones entre los hombres y las mujeres, que se refleja en mujeres que no exigen a sus parejas respetar sus decisiones y varones que siguen teniendo relaciones sexuales sin tomar en cuenta los miedos y decisiones de la mujer.
- Los hombres, tampoco toman en cuenta los cuidados sobre el embarazo, y siguen pensando que la responsabilidad de cuidarse es de las mujeres.

Taller 1

El embarazo ¡Tú decides cuando!

• Objetivos

Sensibilizar sobre la importancia de la toma de decisiones para definir el mejor tiempo y condiciones de un embarazo.

• Presentación y desarrollo

1. Se dará la bienvenida a las y los participantes. Seguidamente se realiza la técnica “La cadena de nombres”, la o el facilitador empieza diciendo su nombre, quién está a su lado izquierdo repite el nombre de la o el facilitador y dice su nombre y así continua hasta que todas las personas repitan el nombre de su predecesor/a y el de ellos/as.

2. Se dará lugar a la técnica “Estamos embarazadas y embarazados”. Para ello la o el facilitador conformará 4 grupos a partir de la numeración de los y las participantes del 1 al 4, posteriormente se reúnen por números: “los unos, los dos, los tres, los cuatro”. A la vez se dotará de globos a cada uno de los y las participantes.

3. Se pedirá que todos y todas se pongan los globos en el vientre, debajo de sus ropas de modo que quede como un vientre de mujer embarazada, el mismo que debe ser cuidado y protegido hasta que el o la facilitadora dé la instrucción; se indicará además que el grupo de los UNOS representan a mujeres casadas, el grupo de los DOS a mujeres solteras, el TRES a mujeres adolescentes y el CUATRO a mujeres con más de cinco hijos, por lo que su reflexión debe partir de la empatía con esa realidad. El debate se inicia en base a las siguientes preguntas:

- ¿Qué pasa con una mujer que está embarazada?
- ¿Qué le pasa en su vida social, en su trabajo, con su familia, en su comunidad?
- ¿Su embarazo habrá sido deseado o esperado? ¿Por qué hay embarazos no deseados?
- ¿Qué estará sintiendo esta mujer?
- ¿Quién será el padre de su wawita? ¿Qué le estará pasando a él?

4. Las respuestas se registrarán en la matriz 1 (ver material 1). La o el facilitador finalizará esta parte con un resumen sobre las implicaciones que tiene el embarazo en la vida de las mujeres, los hombres y en los y las adolescentes.

5. Luego, se desarrolla un trabajo reflexivo a partir de una historia radiofónica “Maricela Embarazo Adolescente” (ver material 2). Se procede a escuchar la historia que está dividida en 4 clips, se comienza con el primer clip que pondrá

• Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

• Materiales



- Matriz 1
- Globos grandes de color entero
- Maskin
- Papelógrafos
- Marcadores de diferentes colores
- Parlantes
- Historia radiofónica: “Maricela Embarazo Adolescente”

en contexto la historia y seguidamente los clips con los tres posibles finales. Se insistirá en que se escuche atentamente, para luego analizar la historia con las siguientes preguntas:

- ¿Qué piensan sobre la historia?
- ¿Qué le pasa a Maricela? ¿Por qué le pasa eso?
- ¿Qué dice su papá? y ¿Qué dice su mamá?
- ¿Qué final elegirían ustedes? Y ¿Por qué?
- ¿Qué pasa con el muchacho que es la pareja de Maricela?
- ¿Qué podemos hacer los padres y madres desde nuestro rol para orientar a nuestros hijos e hijas a tomar decisiones sobre su SSySR?
- ¿Qué factores ayudaran a prevenir el embarazo adolescente?
- ¿Qué pasa cuando hay un aborto? ¿Qué riesgos habrá para la mujer?
- ¿Qué responsabilidades tenemos frente al aborto?
- ¿Estas situaciones pasan en nuestras comunidades? Y ¿Qué se hace al respecto?

6. La o el facilitador pondrá su esfuerzo para promover la mayor participación posible de las y los participantes. Luego, se pedirá a las y los participantes que se saquen los globos y, en ellos escriban, en una palabra, lo "que quisieran darle a esa wawa en camino" si el embarazo fuera real.

- La importancia de decidir sobre el embarazo en la vida de adultos y adolescentes.
- El embarazo como una responsabilidad de pareja. Pero ante todo una decisión de vida.
- La importancia de información en padres y madres para orientar a las y los adolescentes sobre el embarazo.
- El aborto como una decisión, como presión, como una salida desesperada.

- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Ideas para la reflexión final



• Evaluación del taller



a. Material 1: Matriz 1

• **Material de apoyo**



• Mujeres casadas	• Mujeres solteras	• Mujeres adolescentes	• Mujeres con más de 5 hijos	• Hombres
1)				
2)				

b. Material 2: Link de radio clip “Marisela, embarazo adolescente”

- <https://radialistas.net/38-marisela-embarazo-adolescente-historia/>
- Primera solución: <https://radialistas.net/38-marisela-embarazo-adolescente-solucion-1/>
- Segunda solución: <https://radialistas.net/38-marisela-embarazo-adolescente-solucion-2/>
- Tercera solución: <https://radialistas.net/38-marisela-embarazo-adolescente-solucion-3/>

La segunda parte de la actividad, se puede trabajar también en base a la historia de “Maricela, Embarazo Adolescente”.

Luego de escuchar el contexto de la historia, se conformará tres grupos mediante la técnica de la numeración. Cada grupo trabajará una posible solución.

- Solución 1: “Perla y su enamorado se casen, aunque la chica no quiere porque tiene miedo”.
- Solución 2: “Doña Maricela no abandona a Perla y está dispuesta a ayudarla con todo el embarazo, desde ir al Centro de Salud para sus consultas hasta convencer a su esposo de no abandonar a su hija”.
- Solución 3: “Doña Maricela le dice a Perla que no puede tener la wawa porque ella es muy niña aún y que lo mejor es ir a la abortera”.

Seguidamente, cada grupo presentará su trabajo a través de un sociodrama. A partir de los cuales se realizará una plenaria para reflexionar en base a las preguntas propuestas en el punto 5).

• **Variaciones**



Tema 2

Anticoncepción ¡Muchas opciones, una elección!

· Lectura de apoyo



1. Normativa y el uso de anticonceptivos oficiales en Bolivia

- El Estado Plurinacional de Bolivia reconoce los DSDR inherentes a la población que vive en el país. Los DSDR están reconocidos como las facultades de todas las personas de gozar una vida sexual y reproductiva sana, satisfactoria y libre de riesgos, derechos inscritos en la Constitución Política del Estado Plurinacional, Art. 66. Estos derechos, entre otras acciones, nos permiten informarnos, decidir y contar con la atención médica adecuada en el uso de métodos anticonceptivos.

A través de la Ley 475 de prestaciones de servicios de salud integral, se establece que:

- Art. 3. Atenciones de SSySR. Orientación y provisión de métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida, el tratamiento de infecciones de transmisión sexual.
- Todas las mujeres y sus parejas tienen derecho a recibir información sobre los métodos anticonceptivos.

Se puede acceder de forma gratuita a varios anticonceptivos en los establecimientos públicos de salud.

2. Métodos de protección para prevenir el embarazo y criterios de uso

La anticoncepción es la forma de evitar o espaciar un embarazo. Por lo que existen métodos temporales y permanentes autorizados por el Sistema de Salud Boliviano.

• Métodos Temporales		• Métodos Permanentes
• i. Métodos Naturales	• ii. Métodos Modernos	i. Salpingoclasia (Ligadura de trompas) ii. Vasectomía

Fuente: Elaboración propia en base a la Cartilla de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Consentimiento informado y métodos anticonceptivos. Ministerio de Salud y Deportes, 2018.

• Otros métodos autorizados en el sistema de salud de Bolivia	
• i. Métodos de barrera	• ii. Métodos hormonales
a. Espermicidas. b. El capuchón cervical.	a. Píldora con progestina sola (AOP). b. Métodos hormonales inyectables. c. Parches hormonales combinados. d. Anillo vaginal combinado. e. Dispositivo intrauterino con levonorgestrel. f. Implantes.

A. Métodos Temporales

i. Métodos Naturales

Son métodos que no implican la utilización de sustancias químicas u hormonas. Los métodos naturales dependen del control, la voluntad y la decisión de la mujer o la pareja. Estos métodos tienen baja efectividad.

a. Método de Lactancia y Amenorrea – MELA

• ¿Cómo funciona?	• ¿Cómo se usa?	• Observaciones
Durante la lactancia la mujer no ovula, por lo tanto, no se embarazad si tiene relaciones sexuales. Debe haber lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de postparto. Solo funciona si no hay menstruación (ni una mancha de sangre).	Ofrecer pecho materno a la wawa, por lo menos 8 veces en 24 horas, de día y noche, inmediatamente después del parto.	- Tiene una efectividad del 98% . - No protege contra ITS/VIH-Sida. - Solo protege 6 meses como máximo. - No tiene efectos colaterales.

ii. Métodos Modernos

En todos los MAC a excepción de los de barrera, se necesita de una consulta médica ginecológica, donde hará una valoración del estado de salud de la mujer, para luego optar por el MAC más adecuado. Por otra parte, SOLO los métodos de barrera protegen de las ITS y el VIH-SIDA.

a. Métodos de barrera

• Condón masculino		
• ¿Cómo funciona?	• ¿Cómo se usa?	• Observaciones
Cubre el pene durante la relación sexual, por lo que el semen eyaculado queda dentro del condón. Evita el contacto entre el pene – vagina y sus fluidos.	Bolsita o funda que se coloca en el pene erecto antes de una relación sexual. Se abre el paquete con cuidado. Se desenrolla el condón hasta la base del pene erecto y evitar que se llene de aire. Después del coito, extraer el pene de vagina cuando todavía este erecto y sostener el condón. Se debe desechar después de usarlo.	- Tiene una efectividad del 98%. - No usar si se observa: envoltura dañada o rasgada, fecha caduca, decoloración, reseco o pegajoso. Cada condón se usa una sola vez -No hay efectos colaterales. - Es el único método que protege ITS/VIH-Sida.

• Condón femenino		
• ¿Cómo funciona?	• ¿Cómo se usa?	• Observaciones
<p>Es un revestimiento fino de plástico o látex que se adapta a la vagina de la mujer. Tiene aros flexibles en ambos extremos. El extremo cerrado ayuda a la inserción del condón a la vagina y el lado abierto mantiene parte del condón fuera de la vagina.</p>	<p>Abrir el paquete con cuidado. Para su inserción adoptar una posición cómoda: parada, con un pie encima de una silla o sentada/acostada, con los muslos separados. Sostener el condón de forma que el extremo abierto esté hacia abajo, tomando el condón a nivel del anillo interno y presionándolo entre los dedos pulgar, índice y medio. Con la otra mano, separar los labios de la vagina e insertar parcialmente el condón. Con el dedo índice, empujar (por dentro de la funda) el anillo interno, hacia adentro y arriba de la vagina, hasta por detrás del pubis (el anillo interno del condón brindará sustentabilidad al mismo). Después del coito, cerrar el anillo externo para evitar la salida del semen, retirando el condón suavemente. Se debe desechar después de usarlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene una efectividad del 95%. - Es un método para la anticoncepción, en el postparto o postaborto. - Protege de embarazos no deseados, ITS/VIH – Sida. - Cada condón se usa una sola vez. - No tiene efectos colaterales. - No usar si se observa: envoltura dañada o rasgada, fecha caduca, decoloración, reseco o pegajoso.

b. Dispositivos Intrauterinos (DIU): “T” de cobre

• ¿Cómo funciona?	• ¿Cómo se usa?	• Observaciones
<p>Es un dispositivo que se pone dentro la mujer que no este embarazada, en un centro de salud por personal entrenado. El DIU actúa de manera que debilita los espermias evitando que lleguen hasta las Trompas de Falopio y así evitar el embarazo.</p>	<p>Se requiere de personal médico para su colocación. Se puede colocar la DIU: En los primeros 12 días del ciclo menstrual o en cualquier momento de este, si se está seguro que no hay embarazo. No es necesaria otra protección anticonceptiva adicional. Al cambiar de anticonceptivo, puede insertarse inmediatamente, sin esperar el siguiente período menstrual (seguridad de no embarazo) En el posparto inmediato, hasta 48 horas después. Durante la operación de cesárea. En el puerperio tardío, a partir de la sexta semana. En el post-aborto, en los primeros 5 días post-aborto no complicado (no debe insertarse en el post-aborto séptico).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene una efectividad del 99.4%. - No protege contra ITS/VIH – Sida. - Puede ser colocado después del parto. - Puede dar una protección por 10 años. - Puede provocar algunos efectos secundarios no prolongados. - Se retira solo por personal médico capacitado. - En caso de señales graves como hemorragia, retraso menstrual, dolor abdominal intenso) debe acudir al hospital de inmediato.

c. Métodos hormonales

Anticonceptivos orales combinados		
• ¿Cómo funciona?	¿Cómo se usa?	Observaciones
<p>Es un píldora de consumo oral diario, durante todo el mes. Viene en dos presentaciones de 28 y de 21 píldoras.</p> <p>Es un producto químico que contiene hormonas (progestágenos y estrógenos) y que evitan que la mujer ovule y quede embarazada.</p>	<p>Se recomienda el uso bajo control médico. Al iniciar este método, la primera píldora se puede tomar en cualquiera de los primeros siete días de la menstruación.</p> <p>En las presentaciones de 28 píldoras se toma una de las que contienen hormonas, diario, durante 21 días, seguidos de 7 días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta que contiene solo hierro. Los paquetes siguientes se inician al concluir el previo, independientemente de cuándo se presente el sangrado menstrual.</p> <p>En las presentaciones de 21 píldoras se toma una durante 21 días, seguidos de 7 días de descanso; los paquetes siguientes deben iniciarse al concluir los 7 días de descanso del ciclo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene una efectividad del 99.7%. - Regula el ciclo menstrual, y los dolores menstruales. - Se debe tomar un paquete cada mes. - Tiene varias ventajas y desventajas, como los efectos secundarios.
• Anticonceptivo Oral de Emergencia (AOE): Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE)		
¿Cómo funciona?	¿Cómo se usa?	Observaciones
<p>Las PAE ayudan a evitar el embarazo cuando se toman hasta 72 horas después del coito vaginal sin protección. Cuanto se tomen antes mejor. Mayormente los espermatozoides esperan entre 1 y 5 días en el tracto genital femenino hasta que se produzca la ovulación. En este tiempo la PAE puede interferir con el transporte y la vitalidad de los espermatozoides, y/o con el proceso ovulatorio, previniendo así el encuentro de óvulo y espermatozoide en la trompa de Falopio. La PAE no produce alteraciones del endometrio. No es un abortivo.</p>	<p>Hay dos tipos de presentación de 1 o 2 pastillas que contienen progestina.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. LEVONGESTREL 1,5 mg, único paso, tomar 1 tableta dentro de las 72 horas siguientes al coito sin protección. 2. LEVONGESTREL 0,75 mg. <ol style="list-style-type: none"> 1: Una tableta dentro de las 72 horas siguientes al coito sin protección. 2: La otra tableta a las 12 horas después de la primera. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene una efectividad del 98%. - Es un método anticonceptivo de EMERGENCIA por lo que su uso no debe ser regular. - Solo es efectiva hasta las 72 horas después de la relación sexual sin protección. - Puede presentar algunos efectos secundarios.
Anticonceptivos hormonales inyectables de sólo progestina – AMPD		
• ¿Cómo funciona?	¿Cómo se usa?	Observaciones
<p>Se coloca una inyección hormonal cada mes, la que impide que el óvulo madure y salga del ovario y evita que el útero se prepare para recibirlo.</p>	<p>Su uso es bajo control y atención de un médico. Se administra mediante inyección intramuscular profunda. El inyectable libera la hormona lentamente en el flujo sanguíneo.</p> <p>Existen dos tipos de inyectables: 1) El inyectable combinado de estrógeno y progestágeno (mensual) y 2) El inyectable de solo progestágeno (trimestral).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene una efectividad del 98%. - Puede regular el ciclo menstrual y disminuir los dolores menstruales.

Implantes Subdérmicos		
¿Cómo funciona?	¿Cómo se usa?	Observaciones
Son implantes que contienen hormonas. Se presentan como cilindros o cápsulas plásticas flexibles no biodegradables que contienen progestágenos (Levonorgestrel o etonorgestrel) que se liberan progresivamente durante 3 a 5 años.	Debe realizarse en un consultorio médico, por personal capacitado. Se aplica de forma subdérmica (debajo de la piel en la cara interna del brazo). Se aplica con anestesia local. El retiro también debe ser realizado por personal capacitado. Su aplicación es rápida y sencilla.	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene una efectividad del 99,6%. - Evita el embarazo eficazmente de 3 a 5 años. - No interfiere en el coito, ni con la lactancia materna. - Puede pararse su uso en cualquier momento.

B. Métodos Permanentes

• Salpingoclasia (Ligadura de trompas)		
• ¿Cómo funciona?	• ¿Cómo se usa?	• Observaciones
Es la esterilización definitiva de la mujer, cuando ya no quiere tener hijos. Es una cirugía que consiste en cortar y amarrar las trompas de Falopio, para evitar que el óvulo pase del ovario hacia el útero.	Este método es bajo control y atención de un médico, con condiciones quirúrgicas adecuadas. Se debe contar con el consentimiento informado de la paciente. La operación es rápida y no se necesita permanecer hospitalizada.	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene una efectividad del 99,5%. - La efectividad es inmediata. - No interfiere en el coito, ni en la lactancia materna. - No se puede revertir. - No protege contra ITS/VIH – Sida.

• Vasectomía		
• ¿Cómo funciona?	• ¿Cómo se usa?	• Observaciones
Es la esterilización definitiva del hombre, cuando ya no quiere tener hijos. La vasectomía es una cirugía sencilla que consiste en la sección y ligadura de los conductos deferentes. Como consecuencia, en poco tiempo el semen eyaculado no contiene espermatozoides.	Su uso es bajo control y atención de un médico, con condiciones quirúrgicas adecuadas. Se debe contar con el consentimiento informado del paciente. La operación es rápida y no se necesita hospitalizarse.	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene una efectividad del 99,6%. - Demora 3 meses en ser efectivo, mientras el varón debe protegerse con condón. - Es irreversible. - No protege contra ITS/VIH – Sida.

3. Vivencia de adolescentes y jóvenes frente a los anticonceptivos

Las y los adolescentes tienen derecho al acceso y uso de anticonceptivos al inicio de su vida sexual o con vida sexual activa, es parte de sus DSDR. La vida sexual en esta etapa, generalmente es esporádica, no planificada o permanente. En general se promueven más los anticonceptivos modernos debido a que su fácil manejo, eficacia y seguridad es mayor. Por ello, al momento de orientar a los y las adolescentes y jóvenes en el uso de algún método anticonceptivo para protegerse, es importante tener en cuenta que:

- En general adolescentes y jóvenes son saludables y elegibles para cualquiera de los métodos anticonceptivos, previa orientación profesional.
- Considerar que adolescentes y jóvenes constituyen una categoría con un riesgo alto, asociado al embarazo no deseado, al aborto y sus secuelas, riesgo elevado de contraer ITS, incluyendo, VIH-SIDA.
- Adolescentes y jóvenes deben tener acceso a información adecuada, pertinente, confiable y fidedigna a través del personal capacitado y centros especializados, donde se garantice la calidad en la provisión de los servicios relacionados a anticoncepción.

a. Anticoncepción para adolescentes y jóvenes

En cualquier circunstancia y edad, la elección de un MAC debe basarse en dos criterios fundamentales: el primero que No existe un método ideal y, el segundo, que la opción implica una elección libre e individual e informada. Por ello, se hace necesario tener en cuenta las características individuales de adolescentes y jóvenes y adecuar las estrategias de intervención de acuerdo a sus necesidades, expectativas y conductas sexuales. Las y los adolescentes que tienen relaciones sexuales, sobre todo si son esporádicas o con diferentes parejas, es ideal que utilicen métodos de barrera en todas sus relaciones.

b. Perfil del método anticonceptivo

La elección idónea del método deberá corresponder con algunas características como son:

- **Eficacia.** Se refiere a la capacidad del método para evitar el embarazo. No siempre es una cualidad inherente al método en sí, en muchas ocasiones la eficacia teórica dista de la eficacia real al estar condicionada por la utilización por parte del o la adolescente.
- **Seguridad.** La elección segura debe velar por el estado de salud del o de la potencial usuaria, así como de las contraindicaciones e indicaciones de cada uno de los métodos.
- **Reversibilidad.** Se refiere a la recuperación de la capacidad reproductora de la adolescente, al interrumpir el empleo del método anticonceptivo.
- **Facilidad/complejidad de uso.** Está relacionado a los procedimientos que se especifican para el uso del método y se encuentran relacionadas a las características individuales del o la adolescente.
- **Costo.** Puede ser un factor que influya en la elección del método, sobre todo en el caso de los y las adolescentes.

Las y los adolescentes tienen el derecho de solicitar toda la información que se necesite al personal de salud antes de tomar la decisión, una de las instancias exclusivas en atención a la SSy SR en adolescentes y jóvenes son los servicios de Atención Integral y Diferenciada a Adolescentes y Jóvenes – AIDAJ, que funcionan o debieran funcionar en cada centro de salud municipal.

ACLARACIÓN.- Estos métodos junto al método del retiro, están avalados por el Ministerio de Salud de Deportes, sin embargo, dada su baja efectividad, no se desarrollarán en la presente Guía Metodológica. Para mayor información se sugiere revisar la Cartilla de Salud Sexual y Salud Reproductiva -Consentimiento informado y métodos anticonceptivos (2018).

Estos métodos no se abordarán en esta Guía, por lo que se sugiere revisar la Norma Nacional, Reglas, Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción, Ministerio de Salud y Deportes, Serie: Documentos Técnico – Normativos, LA PAZ – BOLIVIA, 2012.

Taller 2

Anticoncepción ¡Muchas opciones, una elección!

• Objetivos

Sensibilizar sobre el derecho a decidir respecto a los tiempos y espacios para ser padres, madres o no, empleando en ello el uso de un método anticonceptivo.

Fortalecer la capacidad de toma de decisiones respecto al uso de MAC, como medio de prevención de un embarazo no deseado o una ITS.

• Presentación y desarrollo

1. Se iniciará con el registro de planillas y la dotación de una tarjeta con forma de fruta (ver material 1) para que cada participante ponga su nombre. Las tarjetas se entregarán de manera intercalada, servirán además para la conformación de grupos de trabajo y otros.

2. Se realizará la técnica “Yo conozco”, que consiste en mencionar su nombre y el método de anticoncepción o anticonceptivo que conocen.

3. La o el facilitador, enumerará a los y las participantes del 1 al 6 para conformar 6 grupos. A cada grupo se entregará los MAC reales o en lámina, tamaño oficio, considerando la clasificación que establece el Ministerio de Salud y los de mayor uso y efectividad.

- **Grupo 1:** Método de lactancia y amenorrea – MELA.
- **Grupo 2:** Métodos de barrera.
- **Grupo 3:** Dispositivos Intrauterinos (DIU): “T” de cobre.
- **Grupo 4:** Métodos hormonales.
- **Grupo 5:** Píldora Anticonceptiva de Emergencia. (PAE).
- **Grupo 6:** Salpingoclasia (Ligadura de trompas).
- **Grupo 7:** Vasectomía.

4. Cada grupo debe observar los métodos o la lámina con detalle, luego, responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué saben de los métodos anticonceptivos que están observando?
- ¿Se usan estos métodos en la comunidad? ¿Cuál se usa más y por qué?
- Cada grupo debe plantear dos a tres preguntas o dudas sobre los métodos.

5. Se les dará unos minutos para que piensen y en un papelógrafo escriban las

• Tiempo



Aproximadamente 2 horas y 30 minutos.

• Materiales



- Tarjetas con formas de frutas
- Láminas de anticonceptivos
- Ganchos pequeños
- Paleógrafos
- Maskin
- Marcadores

respuestas y realicen sus preguntas. A continuación, los grupos, uno por uno, expondrán los papelógrafos. La o el facilitador irá respondiendo de manera sencilla las dudas, inquietudes y preguntas que trabaje cada grupo. El pleno puede complementar, mostrar su desacuerdo o contar su testimonio sobre cualquiera de los métodos expuestos, en un diálogo respetuoso.

6. Después que todos los grupos hayan concluido las exposiciones, la o el facilitador, ampliará la información sobre:

- El uso de anticonceptivos está reconocido por el Estado como uno de los DSDR.
- Todos los anticonceptivos tienen ventajas y desventajas.
- La elección del anticonceptivo o los anticonceptivos, porque es muy válido usar más de uno.
- Los anticonceptivos en su mayoría son para el uso de las mujeres.

7. En la segunda parte de la sesión, se conforman 3 grupos en función a las tarjetas de frutas para abrir un “Foro Debate” sobre “Es bueno o no, que los y las adolescentes conozcan y usen MAC”. Se dará las siguientes consignas:

- Las manzanas estarán de acuerdo con esa afirmación y deben defenderla.
- Los plátanos estarán en contra de esta afirmación y deben defenderla.
- Las papayas son el público que definirá cuál de las dos posiciones convence más y por qué.

8. El grupo de manzanas y plátanos, tendrán unos 5 minutos para preparar sus argumentos. La o el facilitador orientará este debate bajo principios de respeto y tolerancia. Puede apoyarse en datos estadísticos e información en la lectura de apoyo de este tema y los anteriores.

i. Una información correcta y adecuada, posibilita mejores decisiones y elecciones de MAC en adultos y, especialmente, en adolescentes.

ii. Se reflexiona sobre las palabras que están escritas al reverso de las tarjetas de frutas, cuestionando:

- ¿Qué relación hay entre esas palabras y el tema trabajado?

iii. En la práctica y uso de los MAC, tanto por adultos como por adolescentes ¿Qué palabra va primero y que palabra va última? ¿Por qué?.

- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Ideas para la reflexión final



• Evaluación del taller



a. **Material 1:** Tarjetas con formas de fruta. Las tarjetas con formas de fruta (manzana, plátano y papaya) se elaborarán en media hoja carta. En el reverso de las tarjetas con formas de frutas deben ir las siguientes palabras: Manzana = Decisión, Plátano = Información y Papaya = Responsabilidad.

• Material de apoyo



b. **Material 2:** Láminas de métodos anticonceptivos

Grupo 1: Método de lactancia y amenorrea – MELA

Grupo 2: Métodos de barrera

Grupo 3: Dispositivos Intrauterinos (DIU): "T" de cobre

Grupo 4: Métodos hormonales

Grupo 5: Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE).

Grupo 6: Salpingoclasia (Ligadura de trompas)

Grupo 7: Vasectomía

Se puede usar una presentación en PowerPoint para apoyar las respuestas del facilitador a las preguntas de los grupos.

Si la sesión supera el tiempo previsto, se recomienda trasladar el debate a otra sesión, siempre coordinando con los y las participantes.

• Variaciones



Tema 3

¿Qué sabemos sobre los Métodos Anticonceptivos?

· Lectura de apoyo



1. Definición

Según la OMS, la anticoncepción es la prevención voluntaria del embarazo por medios naturales o artificiales. Para ello, se pueden utilizar diversos métodos, productos y servicios anticonceptivos modernos. Los mismos deben ser accesibles, aceptables, disponibles y asequibles, y deben ser dotados por personal capacitado en lugares que cumplan con las normas de calidad de la atención. Los MAC no pueden ser impuestos.

2. Importancia de la anticoncepción para prevenir el embarazo y criterios de uso

La anticoncepción es una de las intervenciones sanitarias de más bajo costo y eficaz, pues evita los embarazos no deseados y los abortos inseguros (de alto riesgo), además, reduce la mortalidad materna y neonatal, mejora la salud de los recién nacidos y de niños y niñas. Al evitar embarazos no deseados a través de la anticoncepción, se crean más oportunidades educativas para las niñas, adolescentes y jóvenes, se contribuye a mejorar su situación socioeconómica y su bienestar general.

Pese a que el acceso a MAC seguros y de calidad es parte de los Derechos Reproductivos, en Bolivia, el acceso y uso de los mismos es aún reducido por parte de la población. Según el informe “50 años por el Derecho a decidir. Derechos sexuales y Derechos reproductivos” del UNFPA, el año 2016, solo 32 de cada 100 mujeres, en edad reproductiva, usaban métodos anticonceptivos modernos. Esto se debe a factores económicos, educativos y socioculturales. Entre los factores socioculturales se encuentran los mitos que se refieren a creencias falsas que tenemos como sociedad sobre el uso de los anticonceptivos.

3. Mitos y anticoncepción

Es importante señalar que hay pequeños grupos de la sociedad, especialmente vinculados a algunas religiones que consideran que los métodos anticonceptivos atentan contra su forma de mirar la vida y en función de ello desarrollan determinadas campañas que tergiversan la información basada en evidencias científicas.

Algunos grupos de interés por falta de información, o por garantizar que las relaciones sexuales de adolescentes sean realmente voluntarias, generan un temor infundado respecto de los métodos anticonceptivos, aduciendo efectos inexistentes. Sin embargo, no consideran los graves riesgos de una relación sexual no protegida, de un embarazo precoz y de un parto a edad temprana.

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

- i. Mitos y realidades sobre la anticoncepción en mujeres adolescentes, jóvenes y adultas
 - a. Desmontando los mitos sobre los anticonceptivos hormonales

• Mitos	• Realidad
1. Los anticonceptivos hormonales hacen que engordemos.	Las pastillas anticonceptivas actuales contienen dosis bajas de hormonas que no influyen en el peso corporal. Recientemente salieron al mercado pastillas con un progestágeno de última generación, que tienen la particularidad de no incrementar el peso corporal e incluso puede ayudar a disminuirlo si hubiera retención de líquidos.
2. Las píldoras hacen crecer vellos y provocan acné.	Es todo lo contrario, ya que la píldora reduce la presencia de hormonas propias del hombre presentes en el organismo femenino, por lo que puede evitar el crecimiento de vello y la presencia de acné.
3. La píldora provoca infertilidad.	No existe relación entre la ingesta de pastillas anticonceptivas y problemas de infertilidad. Los métodos anticonceptivos orales son reversibles al poco tiempo de suspenderlos (retorno a la ovulación de dos a tres meses).
4. La píldora afecta los nervios de las mujeres y las pone de mal genio.	Aunque las hormonas pueden alterar en algo el estado emocional, no son determinantes en los cambios de estado de ánimo. Hay estudios que hablan que las mujeres con enfermedades mentales o enfermedades mentales prevalentes en sus familias pueden ser sensibles a las píldoras.
5. El inyectable produce infertilidad.	No es así. Está demostrado que algunas mujeres que lo usan pueden tomar un tiempo para restablecer su fecundidad, pero en la mayoría ésta retorna rápidamente.
6. Los MAC que contienen hormonas producen cáncer.	Está absolutamente comprobado que no es así, es más, los anticonceptivos hormonales previenen ciertos tipos de cáncer, como el de endometrio.
7. Los anticonceptivos hormonales dañan la salud.	Por el contrario, ofrecen beneficios adicionales como: regulación del ciclo menstrual, reducen cólicos y sangrados abundantes, protegen contra la anemia, y disminuyen el riesgo de cáncer de ovario y endometrio.
8.- Las pastillas afectan el deseo sexual.	Las mujeres que consumen anticonceptivos orales presentan cambios positivos en su conducta sexual, incrementando su libido, orgasmos y satisfacción sexual, tanto en intensidad como en frecuencia, ya que tienen la tranquilidad de no quedar embarazadas.
9. Si la pastilla o inyección hace "daño" a la mujer, la puede utilizar el hombre.	Algunos varones jóvenes y/o adolescentes tienen un gesto solidario con su novia, pero al utilizar el hombre las pastillas o inyección no se está previniendo el embarazo dado que estos métodos son hechos solamente para mujeres.

- b. Desmontando los mitos sobre el Dispositivo Intrauterino DIU

Mitos	Realidad
1. El DIU (Dispositivo Intrauterino) produce cáncer de cuello.	No hay ninguna evidencia al respecto. Son otros los factores desencadenantes del Cáncer de cuello uterino, como el Virus Papiloma Humano VPH que causa más del 98 % de cáncer en la mujer.
2. El DIU es abortivo.	La acción de un DIU es impedir la unión del óvulo con el espermatozoide (fecundación) con una eficacia anticonceptiva por arriba del 99% por lo tanto no se considera abortivo.

3. Si se sale embarazada con el DIU, el niño sale con el DIU en la mano.	No hay posibilidad de que ello ocurra por la protección que ofrecen la placenta y las membranas placentarias.
4. El DIU se puede mover y llegar a otros órganos del estómago.	No hay ninguna evidencia, el útero no establece este tipo de comunicación con los órganos mencionados.
5. El hombre siente el DIU cuando tiene relaciones sexuales.	No hay ninguna evidencia, a no ser que el DIU esté mal colocado.
6. Cuando el DIU se queda por mucho tiempo, perfora el útero.	No hay ninguna evidencia que así lo demuestre. El pequeñísimo riesgo de perforación puede producirse en el momento de colocar el DIU, si se hace por una persona inexperta.
7. La mujer que no ha tenido hijos no puede utilizar el DIU.	No es real. Los DIU pueden ser usados por mujeres que no tienen hijos.
8. Solamente se coloca el DIU cuando la mujer está menstruando.	En algunos lugares el personal de salud pone esta condición para asegurar que la mujer no está embarazada, lo que resulta relativo, pues puede haber embarazo y menstruación.
9. El DIU es un método irreversible.	Es un método completamente reversible que ofrece alta eficacia durante cinco años, y ayuda a que el sangrado mensual sea más corto, ligero y con menos dolor.
10. El DIU puede producir dolores y reglas abundantes.	Es probable que tenga una inflamación secundaria al uso de la T, por lo que debe ser evaluada por su ginecólogo para determinar una consulta al respecto.

c. Desmontando los mitos sobre el preservativo o condón

Mitos	Realidad
1. El preservativo disminuye el placer en el hombre y/o en la mujer.	No hay evidencia de esto. En hombres y mujeres que se han acostumbrado al uso del condón, no se afecta el placer.
2. El preservativo se puede utilizar varias veces.	No es recomendable varios usos de un mismo preservativo. Se debe usar un preservativo para cada acto sexual, incluso si se pasa del sector vaginal al anal.
3. El preservativo puede estar pinchado o romperse.	Los fabricantes someten a los preservativos a altos estándares de controles de calidad. La causa más frecuente de su ruptura se debe a errores en la técnica de colocación.
4. El preservativo es para personas promiscuas.	El condón es para cualquier persona que quiera tener relaciones sexuales protegidas. Es muy recomendable el uso desde adolescentes.
5. Si el pene es muy grande o grueso el preservativo se rompe.	Los condones tienen una buena capacidad de adaptación al tamaño del pene, así lo permite su textura de látex.
6. El virus del VIH atraviesa el condón.	Los estudios han demostrado que los condones evitan la transmisión y adquisición de las ITS al prevenir el contacto entre el pene de la persona que usa el condón y las secreciones genitales, la mucosa o la piel de la pareja sexual.
7.- Usar doble preservativo protege más del VIH.	Usar doble condón es un error porque la fricción puede hacer que uno o los dos se rompan. Esto aumenta la probabilidad de embarazarse, adquirir una ITS y el VIH.

d. Desmontando los mitos sobre la lactancia materna

Mitos	Realidad
1. La lactancia es un método anticonceptivo.	La lactancia se puede usar como anticoncepción solo cuando, después del parto, una mujer amamanta exclusivamente a su bebé. Eso significa que el bebé no consume nada más aparte de la leche materna. El acto de amamantar naturalmente cambia las hormonas de una mujer, y en consecuencia, no puede quedar embarazada.
2. No se puede tomar pastillas anticonceptivas durante la lactancia.	Una alternativa de anticoncepción para las mujeres en la etapa de lactancia es la píldora sin estrógenos, compuesta únicamente de progesterona, que no modifica la cantidad ni la calidad de la leche materna; las dosis de hormonas son mínimas y no tiene efectos adversos en el bebé, por tanto, carece de impacto en el crecimiento del lactante. Sin embargo, se pueden utilizar también la T de Cobre y el preservativo.

e. Desmontando otro mito frecuente en mujeres adolescentes

Mitos	Realidad
1. En mujeres adolescentes no se recomienda el uso de anticonceptivos.	Los anticonceptivos pueden usarse, desde el inicio de la vida sexual independiente de la edad. Sin embargo, por temor a ser descubiertos por los padres muchos prefieren arriesgarse sin protección.

4. El uso de anticonceptivos, la cuestionada responsabilidad

Según María Galindo, las mujeres manejan una posición doble frente a los anticonceptivos. Por un lado, reconocen la necesidad de controlar su maternidad y, por otro lado, no hacen uso de los métodos anticonceptivos o no quieren usarlos por miedo a enojar a su pareja, o no quieren reconocer a esta altura de que pueden evitar un embarazo cada vez que hacen el amor.

Galindo, expone que el embarazo involucra un hombre y una mujer, y para evitar el embarazo también involucra a ese hombre y a esa mujer. Sin embargo, es siempre la mujer la que queda embarazada. Es decir, es quién carga en su cuerpo las consecuencias de los actos de los dos, por lo que son las propias mujeres quienes deben poner los límites y las condiciones de una relación sexual. Si se quiere evitar el embarazo, es importante exigir que el hombre use el condón, o planificar cuando tener relaciones o usar otros métodos anticonceptivos.

La mayoría de los anticonceptivos están desarrollados para que sean usados por las mujeres aun a costa de su propia salud. Para la autora del libro *Sexo, Placer y Sexualidad*, esto se debe a que la investigación médica es aún patriarcal. Bajo este panorama, los varones son renuentes a ponerse el condón, por lo que la carga de la anticoncepción debe ser de la mujer. Esto fomentado por la creencia de que es la mujer la que debe cuidarse. De esta manera se refuerza una sexualidad machista donde él es quién disfruta y la mujer la que sirve complaciente al varón.

Para María Galindo, la difusión de los métodos anticonceptivos ha traído un confrontar a las mujeres sobre sus decisiones, por lo que ella hace un llamado a todas las mujeres a defender lo que piensan y quieren, a ser honestas y decir NO sin sentirse mal o culpables en sus relaciones de pareja, puesto que eso es actuar con responsabilidad frente a los actos que conllevan consecuencias que pueden arruinar la vida de la mujer, ya sea por el contagio con una ITS o un embarazo no deseado.

Taller 3

¿Qué sabemos sobre los Métodos Anticonceptivos?

· Objetivos

Identificar y analizar los mitos respecto a los métodos anticonceptivos, en pos de que la información adecuada sobre esta temática, pueda ser compartida con los hijos, hijas en la familia y comunidad.

· Presentación y desarrollo

1. Se realizará el registro de planillas y la dotación de una tarjeta para que cada participante ponga su nombre. Las tarjetas se entregarán de manera intercalada por color.
2. Se iniciará con la técnica “Buscando mi pareja”, para ello, la o el facilitador cuenta hasta 10, mientras los y las participantes buscan a sus parejas a partir de la tarjeta del mismo color (rojo con rojo, azul con azul, etc.). Se termina con todas las parejas conformadas.
3. Se continuará el trabajo en parejas, con el intercambio de opiniones e ideas sobre las siguientes preguntas:
 - ¿Es bueno pensar en cuántos hijos tener? ¿si, no, por qué?
 - ¿Qué hacen para no tener hijos o hijas?
 - ¿Es bueno que las y los adolescentes sepan de MAC?
4. En plenaria, las parejas podrán socializar de manera voluntaria lo trabajado.
5. Para cerrar esta parte, se hará una retroalimentación del anterior tema (lo que son los anticonceptivos, su importancia y su reconocimiento como parte de los DSDR y el ejercicio de la SSySR).
6. En la siguiente actividad, con la misma técnica “Buscando mi pareja”, se conformará nuevas parejas, a quienes se repartirá una lámina con un enunciado (mito) sobre los MAC, que la pareja deberá identificar si es falso o verdadero y por qué (ver material 1). Si son pocos participantes se pueden distribuir a dos o tres láminas.
7. Mientras las y los participantes van identificando (5 minutos) los mitos y verdades, además de realizar la presentación de su análisis, la o el facilitador ira anotando en un papelógrafo las respuestas de las parejas.

· Tiempo



Aproximadamente 2 horas

· Materiales



- Tarjetas de colores (12 x 6 cm) para los nombres de participantes
- Láminas con mitos sobre métodos anticonceptivos
 - Maskin
 - Paleógrafos
 - Marcadores

8. Luego de la participación de todos los grupos se ira aclarando o refutando las ideas que efectivamente son mitos o verdades y el porqué. Se continua con las siguientes preguntas:

- ¿De dónde salen esos mitos? y ¿Quiénes lo dicen?
- ¿Cómo afectan estos mitos en nuestras vidas de pareja?
- ¿Cómo afectan estos mitos en la vida de las y los adolescentes?

- i. La anticoncepción y su importancia para la salud.
- ii. Mitos sobre los anticonceptivos no nos permiten el ejercicio de los DSDR y la vivencia plena de la SSySR.
- iii. Cada cuerpo de mujer es particular (necesidad de consulta para definir un MAC).
- iv. Una información correcta y adecuada, posibilita mejores decisiones en adultos y adolescentes.

• Ideas para la reflexión final



- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Evaluación del taller



a. **Material 1:** Láminas de enunciados (mitos) (en media hoja oficio).
Sobre los anticonceptivos hormonales

1. Los anticonceptivos hormonales hacen engordar.
2. Las píldoras hacen crecer vellos y provocan acné.
3. La píldora provoca infertilidad.
4. La píldora afecta los nervios de las mujeres y las pone de mal genio.
5. El inyectable produce infertilidad.
6. Los MAC que contienen hormonas producen cáncer.
7. Los anticonceptivos hormonales dañan la salud.
8. Las pastillas anticonceptivas afectan el deseo sexual.
9. Si la pastilla o inyección hace "daño" a la mujer, la puede utilizar el hombre.

Sobre el Dispositivo Intrauterino DIU

1. El DIU (Dispositivo Intrauterino) produce cáncer de cuello.
2. El DIU es abortivo.
3. Si se sale embarazada con el DIU, el niño sale con el DIU en la mano.

• Material de apoyo



4. El DIU se puede mover y llegar a otros órganos del estómago.
5. El hombre siente el DIU cuando tiene relaciones sexuales.
6. Cuando el DIU se queda por mucho tiempo, perfora el útero.
7. La mujer que no ha tenido hijos no puede utilizar el DIU.
8. Solamente se coloca el DIU cuando la mujer está menstruando.
9. El DIU es un método irreversible.

Sobre el preservativo o condón

1. El preservativo disminuye el placer en el hombre y/o en la mujer.
2. El preservativo se puede utilizar varias veces.
3. El preservativo puede estar pinchado o romperse.
4. El preservativo es para personas promiscuas.
5. Si el pene es muy grande o grueso el preservativo se rompe.
6. El virus del VIH atraviesa el condón.
7. Usar doble preservativo protege más del VIH.

Sobre la lactancia materna

1. La lactancia es un método anticonceptivo.
2. No se puede tomar anticonceptivos durante la lactancia.

Sobre mujeres adolescentes

1. Las mujeres adolescentes no deberían usar anticonceptivos.

Las tarjetas pueden tener formas, la de un pene y una vagina, con las cuáles se conformará las parejas de trabajo. Esto con la finalidad de ver reacciones y evolución sobre la comprensión natural y saludable de sexualidad, así mismo para que los participantes continúen su proceso de desinhibición.

Si de manera espontánea la/os participantes no se animan a hablar, se puede emplear el "Condón preguntón", que sería un condón inflado, que va pasando de persona a persona hasta que el o la facilitadora de la voz de alto, la persona o pareja que se quede con el globo responderá a las preguntas de trabajo.

· Variaciones



Tema 4

El Proyecto de Vida para el presente y futuro

· Lectura de apoyo



1. Proyecto de Vida Personal

Se define Proyecto de Vida como un plan sobre el futuro, en el que se incluyen los sueños, deseos, ambiciones y lo que se considere que ayudará a ser una persona sana, exitosa y feliz. Para la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el "Proyecto de Vida" es un derecho fundamental, e señala:

Art.148. El "Proyecto de Vida" se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede obtener para conducir su vida y alcanzar el destino que se propone. En rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Difícilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación. Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial. Por lo tanto, su cancelación o menoscabo implican la reducción objetiva de la libertad y la pérdida de un valor que no puede ser ajeno a la observación de esta corte.

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

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

i. Beneficios de construir un Plan de Vida Personal

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

Se ha comprobado que las personas que tienen un proyecto de vida tienen menos probabilidades de riesgos en salud sexual y reproductiva que aquellas que carecen de él.

El Plan de Vida Personal, es importante para:

- 1) Descubrir a plenitud el sentido de la vida.
- 2) Orientar con inteligencia y creatividad las decisiones y acciones.
- 3) Definir el liderazgo personal.

- 4) Preparar las condiciones para asumir el liderazgo social.
- 5) Construir el futuro día a día.
- 6) Mejorar la autoestima.
- 7) Usar racionalmente y de manera realista los propios recursos.
- 8) Afirmar la conducta asertiva.

En términos individuales y de ayuda al desarrollo de habilidades, permite:

- Identificar, analizar y evaluar las competencias propias: fortalezas y debilidades.
- Reconocer, analizar y evaluar factores del entorno: oportunidades y riesgos de amenazas.
- Aplicar una mirada integral y comprender el todo, sus relaciones con y entre las partes.
- Desarrollar el pensamiento creativo, para crear progresivamente el presente y futuro personal.
- Poseer información amplia y actualización del entorno.

2. Construyendo un Proyecto de Vida Personal

Para crear un proyecto de vida hay que identificar las metas (deseos, aspiraciones, sueños), la forma de lograrlas, el tiempo para alcanzar cada meta y los recursos internos o personales y externos que se necesitan.

El llevar adelante un Plan de Vida Personal, implica contar con una estrategia. La estrategia, es la forma en la que se desarrolla y mantiene la relación entre los recursos individuales y las oportunidades del entorno, para llegar a los objetivos propuestos. La construcción de un Proyecto de Vida demanda de un trabajo reflexivo y personal que implica:

- Honestidad para auto conocerse.
- Conciencia sobre sus valores, creencias y necesidades.
- Observación y atención para conocer el mundo en el cual se vive.
- Incremento del sentido crítico para evaluar las posibilidades reales para lograr sus propósitos y la realización de sus sueños.
- Análisis y evaluación de las distintas alternativas, ventajas y desventajas, a corto, mediano y largo plazo.
- Desarrollo de su creatividad para diseñar las acciones que necesita para alcanzar las metas.
- Ejercicio en la toma de decisiones para establecer las metas que se quiere lograr y ajustarlas o modificarlas cada vez que sea necesario.

Todas estas exigencias contribuyen, entre otras cosas, a la sólida estructuración de una personalidad y de una clara identidad, a la realización personal, al fortalecimiento de los valores que ya se posee y al surgimiento de otros nuevos, al aprovechamiento de los recursos disponibles y al fortalecimiento de la autoestima. A continuación, se presenta algunos pasos para esbozar un proyecto de vida.

a) Diagnóstico de la realidad personal

Implica hacer un recorrido honesto, generoso, exigente, autocrítico y valorativo que ha sido la propia vida (autobiografía), buscando identificar las características personales, cuáles de ellas pueden considerarse como fortalezas y cuáles como oportunidades. Las siguientes preguntas pueden ayudar:

- ¿Qué personas han tenido mayor influencia en su vida y de qué manera?
- ¿Cuáles han sido sus intereses desde pequeño?

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

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

b) Objetivos y metas

Será importante que se pregunte cuáles son los sueños en las áreas de vocación, relaciones, bienestar material y físico y vida espiritual. Las preguntas fundamentales para la construcción de un Plan de Vida Personal, son:

Pregunta	Definición
1. ¿Qué?	Ayuda a determinar nuestro objetivo de vida.
2. ¿Por qué? o ¿Para qué?	Ayuda a establecer las razones o la justificación de nuestro objeto de vida.
3. ¿Cómo?	Ayuda a definir la estrategia, los paso a paso para llegar a nuestro objetivo de vida.
4. ¿Cuándo?	Ayuda a delimitar el tiempo para el desarrollo de nuestra estrategia o las tareas definidas para llevar adelante el Plan de Vida Personal.
5. ¿Quién? o ¿Quiénes?	Ayuda a establecer a los y las responsables de llevar adelante la estrategia o las tareas definidas para llevar adelante el Plan de Vida Personal.
6. ¿Dónde?	Permite establecer un escenario específico en el que se llevará adelante el Plan de Vida Personal.
7. ¿Cuándo?	Permite especificar los recursos (materiales, individuales, conjuntos) que son necesarios para llevar adelante el Plan de Vida Personal.

c) Plan de acción

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

d) Indicadores de logro

Permiten saber en cada momento cuánto y en qué dirección se ha avanzado en el proyecto, cómo se siente al respecto, qué significado tiene eso en la vida y qué necesita modificar y por qué razón. El proyecto puede reorientarse cada vez que sea necesario.

3. El Proyecto de Vida Personal y los adolescentes

En general, las y los adolescentes están más abiertos(as) a los cambios y promueven conductas innovadoras en sus familias y su grupo social. De ese modo, las y los adolescentes representan lo que la sociedad será más adelante y el aporte de cada uno es valioso para el conjunto social.

Para lograr resultados positivos, es importante tener presente que las y los adolescentes tienen la posibilidad de diseñar un proyecto de vida a partir de la conciencia de sí mismo, de la realidad que les rodea y de su existencia. Es en esta etapa en la que el ser humano está en condiciones apropiadas para concebir un proyecto de vida, que lógicamente estará anclado en toda su vida anterior. Cuando un o una adolescente concibe un proyecto para encaminar su vida, se contribuye en su desarrollo integral, en la medida en la cual lo obliga a incrementar la conciencia de sí mismo y le da dirección y orden a su existencia.

En lo referente a la Salud Sexual y Salud Reproductiva, es importante reconocer a los y las adolescentes como personas, con impulsos y deseos que deben ser identificados para poder controlarlos y canalizarlos en forma adecuada. Los padres y madres, u otros adultos responsables como los profesores, son personas claves para motivar y acompañar a la/os adolescentes en la proyección de un Proyecto de Vida.

Taller 4

El Proyecto de Vida para el presente y futuro

· Objetivos

Reconocer la importancia de construir un proyecto de vida en la búsqueda de la realización personal, como padres y madres, y para las y los hijos e hijas adolescentes.

· Presentación y desarrollo

1. Se dará la bienvenida al grupo y se explicará la técnica “Yo deseo”, que consiste en mencionar su nombre, una habilidad (Buen manejo del humor, llevarse bien con todos, tener buena mano para la cocina, buena mano con las plantas, puedo cantar muy bien, etc.) y el deseo de un logro para su vida.

2. Mediante “lluvia de ideas” se trabajará las siguientes preguntas generadoras:

- ¿Qué entienden por un proyecto de vida?
- ¿Alguna vez hemos hecho un proyecto de vida?

3. La o el facilitador explicará lo que es un plan o proyecto de vida y lo que involucra su elaboración.

4. Posteriormente, se presentará “historias de vida” (ver material 1). Una vez que la o el facilitador haya leído un caso, se promoverá las preguntas de reflexión, considerando su vivencia y experiencia.

- ¿Qué les ha parecido la historia?
- ¿Qué harían ustedes en el lugar de las y los personajes de la historia?
- ¿Cómo cambiaría esta historia con un Proyecto de Vida?
- ¿Es importante planificar y tomar decisiones en nuestras vidas? Si/No ¿Por qué?

5. En la segunda parte, se realiza la técnica “Imaginando mi futuro”. Para inspirar y motivar a los y las participantes, se coloca música suave y se les pide que cierren los ojos e imaginen el futuro, que piensen en cómo se ven de aquí a 10 años, mientras él o la facilitadora realiza las siguientes preguntas:

- ¿De aquí a 10 años, como están de salud?
- ¿De aquí a 10 años, como desean que este su familia?
- ¿De aquí a 10 años, como se ven en el trabajo? o ¿Qué trabajo les gustaría realizar o tener?
- ¿De aquí a 10 años, como desean que estén sus hijos e hijas?

· Tiempo



Aproximadamente 2 horas

· Materiales



- Tarjetas (media hoja bond tamaño carta) con los casos
- Lapiceros
- Maskin
- Papelógrafos
- Marcadores de diferentes colores
- Copias de la matriz para elaborar un Proyecto de Vida
- Aparato de sonido
- Música

- ¿En 10 años, como desean que este su comunidad o el lugar donde quieren vivir?

6. Después de un par de minutos de silencio, se pide que todos abran los ojos y se promueve una conversación a partir de las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se han sentido al imaginar el futuro?
- ¿Ha sido fácil o difícil?
- ¿Les serviría a nuestros hijos e hijas realizar su Proyecto de Vida?
- ¿Cómo les podemos apoyar?

7. Seguidamente se realiza la técnica “Juego de roles para un Proyecto de Vida”, que consiste en presentar algunas herramientas que los papás y mamás pueden usar para acompañar a sus hijos en la realización de sus sueños, anhelos o deseos para su futuro. Para ello las y los participantes forman parejas, donde uno o una hace el rol de madre, padre o tutor, y la otra persona hace el papel de una o un adolescente de 5to de secundaria. Se entrega una hoja con una matriz (ver material 2) a cada pareja para que realicen el trabajo desde sus roles. Se delimitará el trabajo a los siguientes ámbitos: Formación técnica profesional de mis hijos e hijas, el embarazo, empleo y/o trabajo, mi estado de salud. Cada pareja desarrollará alguno de los ámbitos.

8. Al terminar se les invita a compartir voluntariamente al menos tres “Proyectos de vida” y se retroalimenta el tema, a partir de las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se han sentido realizando un Proyecto de Vida desde el rol de papá, el rol de mamá o el de adolescente?
- ¿Qué cosas les ha parecido importante para construir un proyecto de vida?
- ¿Hay una edad límite para tener un Proyecto de Vida?
- ¿Qué importancia tiene el tener un Proyecto de Vida para los adultos, para las y los adolescentes y jóvenes?
- ¿Qué ventajas tiene el Proyecto de Vida para la SSySR de adultos, adolescentes y jóvenes?

i. La importancia de tener un proyecto personal de vida y su relación con la Salud Sexual y Salud Reproductiva.

ii. Rol de los padres y madres para que adolescentes y jóvenes elaboren sus Proyectos de Vida. De forma que cada día se tome en cuenta.

iii. El Proyecto de Vida permite alcanzar metas en el futuro y evitar embarazos no esperados o no planificados en las y los adolescentes y jóvenes.

• Ideas para la reflexión final



- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Evaluación del taller



a. Material 1: Historias de vida

Historia 1

Marco tiene 17 años de edad. Terminó sus estudios de colegio y quiere realizar su Servicio Militar lo más antes posible para volver y después estudiar en la universidad, pero también está enamorado de Felicidad que es su chica de colegio. Tiene miedo perderla durante todo el año que debe estar en el cuartel.



• Material de apoyo

Historia 2

Doña Celia tiene 32 años. Se juntó con su pareja y tuvo 2 hijos, pero su marido se fue. Ella trabaja haciendo comida en el mercado y tiene muchos clientes que la aprecian por su comida rica. Ella tiene el deseo de abrir su propio comedor y continuar sus estudios, pero se desanima porque también tiene que criar a sus hijitos y eso es para mucho tiempo.

Historia 3

José y Joaquín son amigos desde colegio. Hace algunos años hablaban sobre lo que deseaban hacer cuando terminaran el colegio. José quería terminar la secundaria, trabajar y ayudar su mamá y sus hermanitos, pues su padre les había abandonado. Por su parte, Joaquín quería continuar estudiando para tener un futuro mejor para él y sus hermanitas.

Después de varios años José y Joaquín se volvieron a encontrar, tenían mucho tiempo de no verse después de salir del colegio. Con alegría, José le pregunta, qué hiciste de tu vida, ¿Cómo te ha ido? Joaquín le responde: ¡te acuerdas que mi idea era siempre seguir estudiando para mejorar mi futuro! No fue así. La vida me dio una sorpresa, estoy casado y con dos hijos. Ahora trabajo mucho para mantener a mi familia. Y vos José ¿Qué hiciste con tu vida? Y José le contó que él había continuado estudiando - ahora soy Ingeniero y trabajo en una empresa. Estoy con planes de juntarme recién.

Historia 4

Don Clemente tiene 37 años y ama el fútbol desde pequeño. Siempre soñó con ser un futbolista profesional, pero en su familia todos se dedican a la crianza de vacas y la producción de leche, lo que les permite vivir y avanzar económicamente. Sin embargo, este deseo sigue en su corazón. Y se ha enterado que habrá un campeonato en su comunidad y él se presentará con un equipo de amigos.

Historia 5

Clara y Celia son amigas de varios años, y ambas quieren estudiar Ingeniería Civil. Ambas están por los 16 y 17 años de edad. Las amigas se cuentan todo. Clara necesita un consejo sobre su relación de pareja. Ella sale con Bladimir desde hace un año y no tienen relaciones sexuales aún, aunque lo desean cada vez más y ella se siente presionada y con miedo. En cambio, Celia sale con Juan y si tienen relaciones sexuales con frecuencia. Pasan mucho tiempo juntos y no han hablado de sus planes como pareja. Celia le dice que no pasa nada si tienen relaciones sexuales porque ella y su enamorado ya lo hacen.

b. Material 2: Matriz para Proyecto de vida

• Mi proyecto de vida		
Objetivo de planificación con sus hijos:		
Pasos para un proyecto de vida	Lo debemos tomar en cuenta	Planeando mi futuro con mi papá y mamá
<p>1: "Poner los pies sobre la tierra"</p> <p>Comenzar conociendo a fondo nuestra propia realidad nos ayuda a identificar los obstáculos y cómo superarlos en el camino de lograr un Proyecto de Vida.</p>	<p>1. ¿Conozco profundamente mi realidad personal?</p> <p>2. ¿Qué cualidades personales (positivas y negativas) tengo respecto a mi sueño? (Por lo menos 3 de cada una)</p> <p>3. ¿Quiénes me apoyan para lograr mi sueño?</p> <p>4. ¿Qué obstáculos debo afrontar para lograr mi sueño?</p> <p>5. ¿Con qué recursos materiales y económicos cuento para lograr mi sueño?</p>	
<p>2: "Plantearse metas en todo momento"</p> <p>Crear el hábito de plantearse metas desde pequeños, nos ayudará a empezar y terminar las cosas hasta lograr las metas.</p>	<p>1. ¿Tengo el hábito de plantearme objetivos en mi vida diaria?</p> <p>2. ¿Qué objetivo quiero lograr?</p> <p>3. ¿Por qué o para qué quiero lograr ese objetivo?</p> <p>4. ¿Cómo lo puedo lograr? ¿Cuáles son mis estrategias?</p> <p>5. ¿Quién o quiénes son mis mejores apoyos para lograr mi objetivo?</p> <p>6. ¿Dónde quiero lograr mi objetivo?</p> <p>7. ¿Cuándo comienzo y termino?</p>	

<p>3: "Manos a la obra" Los deseos y sueños se hacen realidad solo cuando nos ponemos a trabajar con esfuerzo y constancia.</p>	<p>8. ¿Qué recursos personales e individuales necesito? 9. ¿Qué recursos materiales necesito? 10. ¿Cuáles se pueden y cuáles no se pueden conseguir?</p>	
<p>4: "Siguiendo mis pasos andados" Revisar y evaluar todo lo que se hace nos ayuda a lograr nuestro Plan de Vida.</p>	<p>1. ¿Mi sueño se puede realizar? 2. ¿Hay riesgo de fracaso? ¿Por qué razones? 3. ¿Si fracaso que pasaría? 4. ¿Cada que tiempo debo revisar mi Proyecto de Vida? 5. ¿Cómo puedo hacer el seguimiento?</p>	

Para la presentación del Proyecto de Vida, las y los participantes pueden hacerlo por medio de Sociodramas que permitan identificar las actitudes y formas de comportamiento de sus personajes en la elaboración del Proyecto de Vida.

• **Variaciones**





Módulo 6

*ITS – VIH y cáncer
en la mujer*

Módulo 6: ITS – VIH y cáncer en la mujer

Objetivo: Fortalecer los conocimientos sobre ITS-VIH, cáncer de cuello uterino y próstata, buscando que estos puedan mejorar la atención médica temprana, prevenir los riesgos de contagio y la estigmatización de personas con ITS- VIH.

Capacidades a fortalecer y/o desarrollar

- Las y los participantes:
 - Conocen las principales ITS y los mitos que, en torno a ellas, se convierten en factores de riesgo, de posibles contagios y de la vulneración del ejercicio de los DSDR.
 - Adquieren y/o fortalecen conocimientos para la prevención, atención y tratamiento de las ITS.
 - Reconocen que el VIH-SIDA es una enfermedad ligada a múltiples factores y que las personas infectadas no debieran ser estigmatizadas y discriminadas.
 - Desmitifican ideas y creencias sobre el CACU, comprendiendo que esta enfermedad se lleva la vida de muchas mujeres, situación que puede evitarse con información y atención preventiva.

Talleres Ejes de trabajo

- 1. Mitos y creencias sobre las ITS**
 - Infecciones de Transmisión Sexual.
 - Mitos y creencias frecuentes sobre las ITS.
- 2. ITS ¡Prevenirlas es posible!**
 - Identificación de las ITS más frecuentes.
 - Signos y síntomas.
 - Prevención.
 - Atención en los servicios de salud.
- 3. VIH y Derechos Humanos**
 - Mitos y creencias más frecuentes sobre el VIH.
 - Diferencia entre VIH y SIDA.
 - VIH: Estigma y discriminación que genera violencia y vulneración de derechos.
- 4. Previendo el Cáncer Cérvico Uterino - CACU**
 - El cáncer, signos, síntomas y tratamientos.
 - Características y causas del CACU.
 - Atención en los servicios de salud. Derechos de las mujeres.
 - Mitos y creencias más frecuentes sobre el cáncer de cuello uterino.
 - Prevención.

Tema 1

Mitos y creencias sobre las ITS

· Lectura de apoyo



1. ¿Qué son las Infecciones de Transmisión sexual - ITS?

Son infecciones que se transmiten principalmente por relaciones sexuales (vaginales, anales y orales) desprotegidas con una persona infectada. Cualquier persona sin importar su sexo, edad, orientación sexual, etc., puede contraer una ITS; todas las ITS tienen tratamiento, aunque algunas no tienen cura, como el VIH - Sida. En mujeres en edad fértil las ITS son importante causa para la muerte de la madre y/o el bebé, estas pueden provocar abortos espontáneos, muerte fetal y/o materna, partos prematuros, bajo peso al nacer, infección ocular y pulmonar de los neonatos y sífilis congénita.

Según la OMS, las ITS, incluyendo el VIH/SIDA, son a nivel mundial la causa de enfermedad más importante entre hombres de 15-44 años y la segunda causa más importante (después de las maternas) en mujeres jóvenes de países en vías de desarrollo.

Las ITS fueron en su origen denominadas como Enfermedades "Venéreas" (de Venus, Diosa del Amor) y asociadas a una vida sexual activa y "promiscua". Los avances científicos han permitido que hoy se cuente con herramientas para la detección oportuna y para tratamientos adecuados. Sin embargo, el SIDA – así como antes la sífilis-, es hoy uno de los problemas mayores de salud pública en todo el mundo.

Hoy se sabe más del VIH que de cualquier otro virus, se cuenta con medios para prevenir su transmisión, sin embargo, la epidemia avanza. Esto se explica debido a que el SIDA sigue siendo esencialmente una ITS. Se requiere cambios en la conducta sexual de las personas para impedir su contagio, es un problema de salud pública y tiene implicancias sociales, económicas y políticas.

El acceso a información sobre ITS no se traduce necesariamente en prácticas de autocuidado y mutuo cuidado. Para que esto suceda es necesario analizar y deconstruir en cada persona los modelos de género introyectados, así como las relaciones de género basadas en la desigualdad, analizar la relación que cada persona establece con su cuerpo y su sexualidad, y considerar los factores y las condiciones necesarias para la negociación sexual.

2. Mitos y realidades sobre las ITS

Los mitos relacionados con las ITS, causan sentimientos de culpa, angustia, incompreensión e insatisfacción sexual. De ahí la importancia de aclarar los mitos, a fin de informar a la población adulta y adolescente.

MITO	REALIDAD
La primera vez que tienes relaciones es imposible adquirir una ITS.	Mientras las y los adolescentes tengan relaciones sexuales (vaginal, oral o anal) con otra persona que tenga una ITS, se corre el riesgo de adquirirla. Con un solo encuentro sexual de tipo vaginal se puede adquirir, no importa qué número de vez sea.
Solo las personas promiscuas contraen una ITS.	Las ITS no discriminan, las pueden adquirir personas que son fieles a su pareja si ésta es infiel y no utiliza condón en cada relación sexual.

Si me lavo después de tener relaciones sexuales, se evita una ITS.	Los genitales femeninos están en contacto frecuente con secreciones vaginales, orina, menstruación y sudor, y al ser una zona poco ventilada, la humedad generada no se evapora por completo, lo que incrementa la posibilidad de adquirir una ITS. Sin embargo, los virus, hongos, pueden permanecer en el organismo aun habiéndose lavado los genitales, la boca o el ano. La higiene es muy importante, pero no previene las ITS.
Si la pareja tiene una ITS, lo notarás.	A menudo, las personas que tienen una ITS no presentan ninguna señal, por lo que algunas personas pueden tener una ITS y no saber, hasta que se presentan algunas complicaciones como la infertilidad.
Se pueden evitar las (ITS) solo teniendo sexo anal u oral.	Si se tiene sexo oral, anal, vaginal o solo contacto sexual, se puede adquirir una ITS. Los virus o las bacterias que ocasionan las ITS pueden ingresar al organismo a través de pequeños cortes o desgarros en la boca y el ano, así como también en los genitales. Algunas ITS, como el herpes o las verrugas genitales, pueden transmitirse a través del contacto de la piel con una zona infectada o con úlceras.
Si ya tuviste una ITS, no puedes volver a contagiarte nuevamente.	Se puede contraer algunas ITS más de una vez. Algunas ITS duran toda la vida, como el herpes y el VIH. Otras, como la clamidia y la gonorrea, pueden tratarse, pero pueden adquirirse nuevamente si se tiene relaciones sexuales con alguien que las tenga. Si, de hecho, se diagnostica una ITS, se debe recibir tratamiento en pareja, al mismo tiempo. De esa manera, evitarán volver a adquirirla.
Si te realizas los exámenes y no tienes una ITS, tu pareja no necesita realizárselos.	La pareja podría tener una ITS y no saberlo. En este caso, es conveniente realizarse los exámenes juntos, esta es una acción que demuestra amor por la pareja. Las ITS son un problema de salud grave. Si no se las trata a tiempo, algunas, pueden causar daños permanentes, tales como infertilidad e incluso la muerte, como es el caso del VIH.
La ITS se pueden adquirir al sentarse en los inodoros.	La verdad es que los asientos de los baños no proveen el ambiente propicio para que sobrevivan los organismos que producen las ITS, por lo que no es posible adquirirla de esta manera.
La píldora anticonceptiva protege de las ITS.	Las ITS se contraen por contacto directo con la sangre infectada, por contacto con los fluidos corporales, por el uso compartido de equipo de inyección, de la madre al hijo, incluso, mediante el contacto piel con piel. Por tanto, la píldora anticonceptiva, un compuesto de hormonas que son eficaces para evitar un embarazo, pero no protegen contra las ITS.
Usar dos preservativos (condones) significa doble seguridad.	Usar varios preservativos no supone un extra de seguridad. Por el contrario, la utilización de dos condones al mismo tiempo puede incrementar el riesgo de contagio ya que la fricción durante las relaciones sexuales puede causar la rotura de ambos preservativos y dejar a la persona sin ningún tipo de protección.
Solo hay riesgo si tengo sexo con varias parejas.	Por ti y por tu pareja, la mejor decisión es protegerte siempre que tengas relaciones sexuales
Solo los gays adquieren ITS.	Todas las relaciones sexuales con una persona infectada tienen alto riesgo de contraer la ITS, sean las relaciones hombres con hombres, mujer con hombre o mujer con mujer. Nadie está libre de los riesgos de las ITS. La protección en las relaciones sexuales es crucial.
Quienes tienen ITS o VIH son infieles.	Quienes tienen más de una pareja sexual, están en una situación de riesgo de contagio de ITS, sin embargo, estas mismas personas pueden transmitir la ITS-VIH a personas que asumen una relación de pareja con fidelidad.

Urge trabajar sobre estos mitos para generar cambios en las actitudes y en las prácticas. El conocimiento del propio cuerpo (sus signos, sus expresiones), así como la consulta médica preventiva son acciones principales. Junto a ellas, el acceso a información y a espacios de educación integral en sexualidad con perspectiva de género y de promoción de derechos sexuales y derechos reproductivos

Informar, trabajar las barreras masculinas y femeninas para el uso del preservativo, el miedo al abandono si no se “cumplen” con las expectativas del otro, el derecho a ejercer la sexualidad, cuidando nuestra salud y nuestro cuerpo es una tarea imprescindible para prevenir las ITS.

De sospechar la presencia de una ITS, se debe vencer los temores y miedos para consultar al médico, y realizar un diagnóstico adecuado y a tiempo. Los tratamientos deben incluir a ambos integrantes de la pareja, quienes deben asumir conductas preventivas para evitar reinfecciones y complicaciones. Los exámenes ginecológicos periódicos, son importantes para la prevención y detección oportuna de las ITS.

Taller 1

Mitos y creencias sobre las ITS

• Objetivo

Brindar información que permita conocer y reconocer los mitos y creencias sobre las ITS, como un primer paso para prevenir situaciones de riesgo.

• Presentación y desarrollo

1. Se mencionará que “Hoy es un buen día para contagiarnos de alegría y amistad”, por lo que la o el facilitador dará el ejemplo de presentarse a unas tres personas como mínimo (previamente coordinará en secreto con unas tres personas a quienes se pedirá que unten la palma de sus manos en brillantina y se acomoden por separado en el grupo), para ello será necesario dar la mano y, si se quiere un abrazo, luego que todos y todas se hayan presentado, se pedirá a las y los participantes mirar las palmas de sus manos y, mencionara:

- Ahora todo tenemos en nuestras manos alegría y amistad
- ¿De qué más nos podemos contagiar en la vida diaria?
- ¿Qué tipo de contagios podemos evitar y cómo?
- ¿Qué sabemos o conocemos de las infecciones de transmisión sexual?

2. La o el facilitador mencionara el concepto de ITS, poniendo énfasis que este es un tema del que no se habla por vergüenza y/o falta de información, pero que genera muchos problemas en la Salud Sexual y Salud Reproductiva.

3. Se repartirá las tarjetas de medio oficio por pareja de participantes, a quienes se pedirá analizar “si la frase es verdadera o falsa y por qué”. Se dará tres minutos para que las parejas puedan analizar las frases, luego, la o el facilitador pegará la matriz 1 (ver material 1) en la pared o pizarra. Se pedirá iniciar con las parejas voluntarias. Cada pareja leerá la frase y dará a conocer su opinión. La o el facilitador pegará la tarjeta en la matriz y anotará los aportes de la pareja. Se continuará con este proceso hasta concluir con la última pareja.

4. La o el facilitador aclarará que todas las frases eran Mitos sobre las ITS, y por qué son mitos. En función a la cantidad de mitos identificados como verdaderos, se pedirá analizar:

- ¿Qué efectos negativos puede tener los mitos considerados verdades, en nuestra salud personal?
- ¿Qué efectos negativos puede tener los mitos considerados verdades, en la salud de pareja?

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Matriz 1
- Tarjetas de medio oficio con un mito sobre ITS
- Papelógrafos
- Marcadores
- Masquin

- ¿Qué efectos negativos puede tener los mitos considerados verdades, en las y los adolescentes?
- ¿Qué efectos negativos pueden tener los mitos considerados verdades en la comunidad?

5. La o el facilitador cerrará esta parte, basandose en la lectura de apoyo del presente tema. Luego, con la finalidad de fortalecer lo aprendido en el taller, se reproducirá 3 videos sencillos y amenos (Ver material 2) sobre el tema.

- Urge trabajar en desmontar los mitos para generar cambios en las actitudes y en las prácticas de hombres y mujeres, por una SSySR plena.
- La información sobre ITS ayuda a asumir conductas preventivas, tanto como personas adultas, así como para las y los adolescentes.
- Informar, trabajar las barreras masculinas y femeninas para el uso del preservativo, el derecho a ejercer la sexualidad, cuidando nuestra salud y nuestro cuerpo es una tarea imprescindible para prevenir las ITS.

• Ideas para la reflexión final



- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Evaluación del taller



a. Material 1: Matriz 1 "Mitos sobre las ITS"

Frase	Verdad	Falso
En la primera relación sexual es imposible adquirir una ITS.		
Solo las personas promiscuas ("cochinas") contraen ITS.		
Si me lavo después de tener relaciones sexuales, se evita una ITS.		
Si la pareja tiene una ITS, lo notarás.		
Puedes evitar las ITS teniendo sexo anal u oral.		
Si ya tuviste una ITS, no puedes tenerla nuevamente.		

• Material de apoyo



Si te realizas los exámenes y no tienes una ITS, tu pareja no necesita realizarse exámenes.		
La ITS se pueden adquirir al sentarse en los inodoros.		
La píldora anticonceptiva protege de las ITS.		
Usar dos preservativos significa doble seguridad.		
Solo corro riesgo si tengo sexo con múltiples parejas.		
Solo los gays adquieren infecciones de transmisión sexual.		
Quienes tienen ITS o VIH son infieles.		
Quienes más pueden adquirir una ITS son las prostitutas y los homosexuales.		

b. Material 2: Links de videos cortos sobre lo que son las ITS

¿Qué son las infecciones de Transmisión Sexual (ITS)?: <https://www.youtube.com/watch?v=1gbF4MjoOPE>

Información General sobre ITS: <https://www.youtube.com/watch?v=8eDBlaS67Jk>

¿Qué son las ITS?: <https://www.youtube.com/watch?v=Jt8YyYDuLXI>

Tema 2

ITS ¡Prevenir las es posible!

· Lectura de apoyo



Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se transmiten al tener relaciones sexuales sin protección. Hay muchas bacterias, virus y parásitos que pueden causar enfermedades crónicas, SIDA, complicaciones durante el embarazo, infertilidad, cáncer cérvico uterino y muerte.

1. Formas de Transmisión sexual - ITS

- Sexual:** A través de relaciones sexuales sin protección (sin condón), más del 97%. Estas relaciones sexuales pueden ser consensuadas o forzadas (violación).
- Madre a hijo/a (vertical):** En el embarazo, en el momento del parto, a través de la leche materna (VIH).
- Sanguínea:** Por transfusión de sangre infectada o a través de objetos corto punzantes que estuvieron en contacto con sangre infectada y que no fueron esterilizados.

2. Identificando y previniendo las ITS

- Tipos de Infecciones de Transmisión Sexual más frecuentes

Etiología de las ITS más frecuentes			
Patógenos	Agente etiológico	ITS	Período de Incubación
Bacterias	Treponema pallidum	Sífilis	21 días
	Nessiseria gonorrhoeae	Gonorrea	3 a 5 días
	Chlamydia trachomatis	Uretritis, cervicitis	8 a 15 días
	Chlamydia trachomatis L1, L2, L3	Linfogranuloma venéreo	8 a 21 días
	Haemophilus ducreyi	Chancroide	3 a 5 días
	Klebsiella granulomatis	Granuloma inguinal	2 semanas a 3 meses
	Mycoplasma hominis Ureaplasma urealyticum	Uretritis, cervicitis	1 a 3 semanas
	Shigella sp Campylobacter sp	Enteritis	Variable, depende la infección
	Microorganismos asociados con la vaginosis bacteriana (Gardnerella vaginalis, Mobiluncus sp)*	Vaginosis bacteriana, Uretritis	Depende de la infección

Virus	Virus del Herpes simple tipo 2 y 1 (VHS) Virus del herpes humano tipo 5 (Citomegalovirus)	Herpes simple genital Úlceras genitales	2 a 10 días 4 a 8 semanas
	Virus del herpes humano tipo 8 Virus del papiloma humano (VPH)	Sarcoma de Kaposi Condilomas acuminados	Variable (en SIDA) 1 a 3 meses
	Virus de la Hepatitis B (VHB) y C	Hepatitis B y C)	4 a 26 sem. (media 6 a 8)
	Virus del Molluscum contagiosum (VMC) Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Moluscos contagiosos SIDA	4 a 26 sem. (media 6 a 8)
Protozoarios	Trichomonas vaginales	Tricomoniasis vaginalis	1 a 3 semanas
	Entamoeba histolytica Giardia lamblia	Uretritis, Úlceras genitales, Enteritis	2 a 4 semanas
	Candida albicans y sp.	Candidiasis vaginal, Balanopostitis, Uretritis	2 a 4 semanas
Ectoparásitos	Sarcoptes scabiei	Sarna	2 a 4 semanas
	Phthirus pubis	Pediculosis del pubis	8 a 10 días

Fuente: Realizado por los Drs. Carlos Cruz/Ubaldo Ramos

a. ITS transmitidas por bacterias

ITS	Síntomas
• Gonorrea	Puede crecer y multiplicarse fácilmente en áreas húmedas y tibias del aparato reproductivo, incluidos el cuello uterino, el útero y las trompas de falopio en la mujer, y en la uretra en la mujer y el hombre. En los hombres es la sensación de ardor al orinar o una secreción blanca, amarillenta o verdosa del pene. En las mujeres se encuentran una sensación de dolor o ardor al orinar, aumento del flujo vaginal o hemorragia vaginal entre períodos. Esta bacteria también puede crecer en la boca, la garganta, los ojos y el ano.
• Sífilis	Llamado también “la gran imitadora” porque muchos de sus síntomas no se distinguen fácilmente de otras enfermedades. Presenta 3 etapas: En la primera aparecen una o más llagas de color rojizo café en la boca, genitales, senos o dedos. No duelen, pueden durar unas semanas y luego desaparecen, pero la persona sigue infectada si no se trata. En la segunda etapa puede avanzar y presentar salpullido, manchas en la planta de pies y palmas de las manos, otros: fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos, dolor de garganta, caída del cabello en algunas áreas, dolor de cabeza, pérdida de peso, dolores musculares y fatiga. En la tercera etapa hay dificultad para coordinar los movimientos musculares, parálisis, entumecimiento, ceguera gradual y demencia, se puede llegar a la muerte. El tratamiento es mejor en los primeros síntomas.
• Chancroide o chancro blando	Se presenta casi siempre como úlcera genital parecido a un chancro de carácter sifilítico. Se diferencia de éste por ser doloroso y de aspecto sucio. La persona tiene un dolor agudo y a la revisión se ve en los genitales, en lugares cercanos a ellos, o en el lugar en el que entró la bacteria, una lesión que suele ser una pústula. Esta pústula se transforma posteriormente en una úlcera que suele ser pequeña, muy dolorosa y de base blanda.

<ul style="list-style-type: none"> • Clamidiasis 	Algunos síntomas son ardor al orinar, ganglios inguinales grandes y dolorosos. En las mujeres fluidos vaginales y sangrado vaginal fuera de la menstruación. En los hombres liquido blanco o amarillento que sale por el pene.
<ul style="list-style-type: none"> • Donovaniosis (granuloma inguinal) 	Casi la mitad de los hombres y mujeres infectados tienen úlceras en el área anal, aparecen protuberancias carnosas, rojas y pequeñas en los genitales o en el área perianal. La piel gradualmente se desgasta y las protuberancias se convierten en nódulos levantados, aterciopelados, carnosos y rojos. Generalmente no duelen, pero sangran con facilidad si se lesionan.

b. ITS transmitidas por virus

ITS	Síntomas
Herpes genital	La causa un virus, no se cura. Se pueden presentar pequeñas y dolorosas ampollas en los genitales y la boca, picazón y ardor antes de que aparezcan las ampollas, desaparecen y pueden aparecer, pero todavía se tiene herpes. Algunas personas no presentan síntomas.
Hepatitis B	Es un virus que permanece en la sangre, se trata, pero no se cura. Muchas personas no presentan síntomas o estos son leves como gripe, cansancio, coloración amarillenta de la piel (ictericia), dolor en el abdomen, orina oscura, excremento de color blanco.
Virus de Papiloma Humano (VPH)	Es un virus que no tiene cura, pueden no presentar ningún síntoma o aparecer pequeñas verrugas a nivel de los genitales y el ano, que no desaparecen sin tratamiento. Se puede sentir ardor y picazón alrededor de los genitales. Este virus es causante del cáncer de cuello uterino.
Verrugas genitales	Causadas por ciertos tipos de VPH. Son bultos suaves al tacto y del color de la piel, normalmente no duelen, pero pueden provocar picazón. Se pueden observar y palpar las verrugas genitales en la vagina o vulva, cuello del útero, pene, ano o uretra. También es posible, pero no muy probable, que aparezcan en la boca, los labios, la lengua y el paladar, o en la garganta. Por lo general se desarrollan de 6 semanas a 6 meses después de la infección.

c. ITS transmitidas por hongos

ITS	Síntomas
La monoliasis o candidiasis	En la mujer se presenta comezón, enrojecimiento e hinchazón en la vulva, que generalmente aumenta en la segunda mitad del ciclo menstrual, flujo blanco con aspecto de yogurt, dolor en el contacto sexual y al orinar. En el hombre se presenta comezón intensa. La higiene personal es importante para el control de esta enfermedad.

d. ITS transmitidas por parásitos

ITS	Síntomas
Tricomoniasis (o "tric")	Los síntomas pueden variar, la mayoría de hombres y mujeres que tienen el parásito no saben que están infectados. Los hombres pueden sentir picazón o irritación dentro del pene, ardor después de orinar o eyacular, o pueden tener alguna secreción del pene. Las mujeres pueden sentir picazón, ardor, enrojecimiento o dolor en los genitales, molestia al orinar, o una secreción clara con un olor inusual que puede ser transparente, blanca, amarillenta o verdosa.
Los piojos púbicos o "ladillas"	Los piojos púbicos son pequeños insectos que se adhieren a la piel y el vello de la zona del pubis. Por lo general, no se tiene ningún síntoma hasta unos cinco días después de la transmisión (hay quienes nunca tienen síntomas). Cuando los síntomas se presentan pueden ser: Fuerte picazón en los genitales o el ano, fiebre leve, sensación de malestar, irritabilidad, presencia de piojos o pequeños sacos de huevos, denominados liendres, en el vello púbico.

3. Factores que incrementan el riesgo de contagio de ITS

No todos los casos de contacto sexual sin protección terminan en la transmisión de una ITS, pero que una persona se infecte o no, depende de varios factores:

Factores que incrementan el riesgo de contagio de las ITS	
Factores biológicos	<p>Edad. Las y los jóvenes corren mayor riesgo cuando la iniciación sexual se da en la adolescencia temprana o antes. En las mujeres jóvenes la mucosa vaginal y el tejido cervical es inmaduro, lo que las vuelve más vulnerables a las ITS.</p> <p>Estado inmunológico. El estado inmunológico del huésped y la virulencia del agente infeccioso afectan la transmisión de las ITS. Las ITS aumentan el riesgo de transmisión de VIH, pero también el VIH facilita la transmisión de las ITS y agrava las complicaciones de las mismas, ya que debilita el sistema inmunológico.</p> <p>Tipo de relación sexual. Las ITS pueden entrar al organismo con mucha mayor facilidad a través de las mucosas de la vagina, recto o boca que por la piel. Dado que en las mujeres la superficie mucosa de la vagina que se pone en contacto con el agente infeccioso es más grande, ellas pueden infectarse más fácilmente. Los hombres y mujeres que tienen coito anal, debido a la exposición de la mucosa rectal también tienen más posibilidades de infectarse.</p> <p>Circuncisión. Estudios recientes sobre prevención del VIH muestran una eficacia del 68% cuando la pareja sexual se encuentra circuncidada. El tener prepucio, es considerado un riesgo en la adquisición de ITS.</p>
Factores conductuales	<p>Las conductas que aumentan el riesgo de infección incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas. - Tener varias parejas sexuales simultáneas. - Cambiar frecuentemente de parejas sexuales. - Tener contacto sexual con parejas "casuales", trabajadoras/es sexuales o sus clientes sin protección. - Compartir juguetes sexuales sin limpieza adecuada previa, que se utilicen en vagina, ano/recto o boca. - Tener relaciones sexuales con penetración y sin protección. - Haber tenido una ITS durante el último año, ya que se corre el riesgo de volver a contraer la infección si no se modifica la conducta sexual. - Tener relaciones sexuales bajo coerción o violencia.

Factores sociales	<p>a) Diferencias de poder. En una relación sexual cuando existen jerarquías, poder económico, diferencias de edad o aspectos culturales que establecen discriminación hacia un grupo de la población, se dan diferencias de poder que ponen en desventaja a una de las partes. En muchas culturas, las mujeres toman pocas decisiones sobre sus prácticas sexuales, lo que les impide protegerse mediante el uso de condones. Un hombre o mujer que es penetrado bajo coerción, que es menor de edad o cuando ofrece un servicio sexual tiene menores posibilidades de negociación y mayores posibilidades de ser infectado.</p> <p>b) Contextos de mayor riesgo. Existen grupos de personas especialmente vulnerables a las ITS porque se encuentran en situaciones que dificultan la prevención de las mismas, como son la privación de la libertad, índices altos de violencia sexual o social o de estigma y discriminación, menor acceso a información o servicios de salud sexual adecuados o situaciones donde los usos y costumbres dificultan la negociación de prácticas sexuales protegidas.</p> <p>Estos grupos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hombres que tienen sexo con hombres (HSH). - Mujeres transgénero. - Trabajadoras y trabajadores sexuales y sus clientes. - Hombres o mujeres que tienen múltiples parejas sexuales simultáneas. - Hombres o mujeres alejados de sus parejas sexuales habituales: conductores de largas distancias o soldados. - Personas privadas de la libertad. - Mujeres y hombres que viven violencia sexual. - Jóvenes sin información y servicios adecuados. - Poblaciones indígenas o marginadas. Población migrante. - Mujeres embarazadas.
--------------------------	---

4. Signos y síntomas frecuentes de las ITS

Características de las ITS	
En el hombre	En la mujer
<ul style="list-style-type: none"> - Salida de pus o secreción amarillenta por el pene. - Saco o bulto en la región inguinal - Úlcera, llaga o herida en el pene y testículos o cerca de ellos. - Verrugas en el pene, testículos, pubis, ano o cerca de estas partes del cuerpo. - Picazón en los genitales externos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Flujo vaginal o descenso vaginal anormal de color verde, amarillo, blanco, grumoso, con mal olor. - Dolor abdominal bajo. - Dolor en las relaciones sexuales. - Úlcera, llaga o herida en genitales, vagina, labios mayores o menores, ano o zonas cercanas. - Molestia o dolor durante el coito. - Ardor y/o dolor al orinar - Picazón en los genitales externos. - Sangrado anormal por la vagina.

Se consideran como medidas preventivas de ITS a: retrasar el inicio de las relaciones sexuales, abstenerse de tener relaciones sexuales, protegerse al tener relaciones sexuales (utilizar el condón) y mantener una sola pareja (fidelidad mutua).

5. Principales Complicaciones que producen las ITS

Hombres	Mujeres	Niños
<ul style="list-style-type: none"> - Orquiepididimitis - Estenosis uretral - Infertilidad - Cáncer de ano o pene - Demencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Cáncer cervical - Parto prematuro, abortos. - Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) - Dolor pélvico crónico - Infertilidad, esterilidad - Embarazo ectópico - Infecciones postparto - Mortalidad materna 	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo peso al nacer - Mortalidad perinatal - Malformaciones con-génitas - Daño ocular, pulmonar, óseo, neurológico - Muerte perinatal

Fuente: Realizado en base a la clasificación del Dr. Carlos Cruz/Ubaldo Ramos

6. Acciones para prevenir las ITS

a. A nivel de Estado y sus instituciones

- Programas de educación sexual para promover la adopción de prácticas sexuales seguras y responsables que reduzcan el riesgo de infección, además de promover conductas favorables hacia la búsqueda de atención médica, el cumplimiento del tratamiento indicado.
- Tratamiento oportuno, de calidad y calidez en los centros de salud. Para brindar un tratamiento temprano a las personas con ITS- VIH, ayudando así, a reducir el riesgo de transmisiones futuras.
- Los servicios de salud deben contar con medicamentos necesarios y el personal capacitado en el diagnóstico y tratamiento de las ITS - VIH.

b. A nivel personal

- Cambio y educación en el comportamiento sexual: Las personas podemos y debemos actuar con responsabilidad, respeto y honestidad, antes, durante y después de una relación sexual – coital. No somos “cosas”, somos personas seres humanos capaces de diferenciar entre lo bueno y lo malo.
- Perder la vergüenza para hablar de las relaciones sexuales: Debemos tener la valentía para pedir información sobre relaciones sexuales seguras, MAC, prevención y tratamiento de ITS en los centros de salud. Sobre todo, debemos perder la vergüenza de hablar sobre estos temas con nuestra pareja.

c. La comunicación en pareja

El Amor y el Diálogo son dos pilares en la relación de pareja. Si falta uno, no estamos hablando de matrimonio o pareja, sino de dos personas que viven juntas sin ningún tipo de relación profunda. Por ello, es importante conversar sobre: todo aquello que nos molesta, lo que nos gusta, lo que está bien y mal en la pareja; lo que se siente y piensa como pareja, lo que nos agrada y lo que no en la intimidad como pareja, sobre el uso de MAC, etc. ¡las relaciones sexuales NO son solo para tener wawas, es un momento además para reír, conocerse más, compartir, jugar, conversar!

En ese sentido, es importante considerar que para la SSySR como pareja:

- Debemos asistir al centro de salud como pareja, al menos una vez al año para un control de: MAC, prevención de ITS y de cáncer de cuello úterino en la mujer y de próstata en el hombre.
- Si se sospecha de una ITS, lo mejor es hablarlo como pareja, buscar lo antes posible la atención médica y la ayuda de una o un profesional en psicología.
- Evitemos las relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o de manera forzada, no es saludable para la pareja, además, pueden vernos las wawas y tener una idea negativa de la vida en pareja.

7. Manejo integral de las ITS

Los y las profesionales de servicios de salud juegan un papel crucial para la prevención y atención adecuada de las ITS, ya que son los encargados de:

- Proveer y/o referir a las personas para obtener orientación preventiva o de reducción de riesgos.
- Evaluar el riesgo de las personas y realizar pruebas de laboratorio de acuerdo con dicho riesgo.
- Diagnosticar y tratar a las personas infectadas con alguna ITS.
- En caso necesario, referirlas a servicios de atención más especializados.
- Reportar los casos de ITS de acuerdo con los criterios establecidos por las autoridades de salud.
- Cumplir con criterios de confidencialidad en todos los procesos.

El personal de salud para evitar y prevenir la propagación de las ITS, debe cumplir con una serie de pasos a seguir al tratar a una persona con sospecha de tener una ITS.

Pasos a seguir para el manejo adecuado de personas con ITS	
Inicio de la consulta	Saludar a la persona y preguntarle el motivo de la consulta. Escuchar sus respuestas y tomar nota de los datos relevantes.
Proveer de información sobre ITS	Explicar qué son las ITS y cómo se adquieren. Subrayar la importancia de recibir tratamiento para las ITS.
Detección de ITS	Elaborar la historia clínica de la persona. Hacer la revisión física, con énfasis en los órganos sexuales, para detectar los síntomas de ITS. Realizar pruebas rápidas o solicitar otros estudios de laboratorio si se consideran necesarios. Invitar a la persona a volver por sus resultados y a obtener el tratamiento que requiere. Señalar los riesgos de la automedicación.
Tratamiento	Ofrecer a la persona el tratamiento adecuado a partir de los síndromes detectados, o los resultados de laboratorio obtenidos. Explicar la importancia de la adherencia al tratamiento para el éxito del mismo.

Prevención	<ul style="list-style-type: none">- En todos los casos, ofrecer tratamiento para la pareja y los contactos, así como señalar los riesgos de una reinfección.- En todos los casos positivos de ITS, ofrecer la prueba de VIH.- Promover la detección de otras ITS, como el Virus Papiloma Humano (VPH) y hepatitis B.- Promover y explicar el uso adecuado de condones masculinos o femeninos.- Promover la limpieza previa de juguetes sexuales o el uso de condones con los mismos.- Ofrecer las vacunas para el VPH y hepatitis B si fueran necesarias, según cada caso.
------------	---

Taller 2

ITS ¡Prevenir las es posible!

• Objetivo

Brindar información sencilla sobre las ITS, su prevención, atención y tratamiento.

• Presentación y desarrollo

1. La o el facilitador pedirá que por un minuto las y los participantes “recuerden lo que sintieron en su primera actividad sexual coital y lo puedan relacionar con una fruta”, luego se presentaran diciendo su nombre y la fruta “Mi nombre es María Manzana” “Mi nombre es Pedro Limón”. La o el facilitador deberá prestar atención a si hay más frutas dulces o agrias. Luego se trabajará:

- ¿Porque hay más frutas agrias que dulces o viceversa?
- ¿Tenían información sobre las relaciones sexuales coitales? ¿Llo planificaron?
- ¿Eran conscientes de que podían adquirir una ITS? Si/No ¿Por qué?
- ¿Las y los adolescentes de hoy tendrán esta información? Si/No ¿Por qué?

2. Mediante la técnica del “El barco se hunde” se formará tres grupos. A cada grupo se entregará láminas (ver material 1 y 2) sobre la clasificación de las ITS:

- **Primer grupo:** trabajara las ITS transmitidas por bacterias.
- **Segundo grupo:** trabajara las ITS transmitidas por virus.
- **Tercer grupo:** trabajara las ITS transmitidas por hongos y parásitos.

3. Cada grupo deberá realizar el siguiente trabajo:

- Observar la imagen y leer la descripción.
- ¿Qué les llamo más la atención del grupo de ITS? ¿Por qué?
- ¿Cuándo o por qué una persona puede tener una ITS?
- ¿De qué manera se puede prevenir estas ITS?

4. Posteriormente a la presentación de los grupos, la/el facilitador explicará la clasificación de ITS transmitidas por virus, bacterias y parásitos, las más frecuentes, signos, síntomas y los factores que incrementan el riesgo de contagio.

5. Aun en sus grupos, se pedirá que puedan dar la vuelta a las láminas y, en base a ellas deberán realizar el siguiente trabajo:

- ¿Cómo estas palabras pueden ayudar en la prevención de una ITS?
- Elaborar una historia corta sobre una pareja que práctica esas palabras para prevenir una ITS.

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales

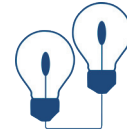


- Tarjetas de medio oficio (virus, bacterias, hongos y parásitos)
- Láminas sobre ITS y valores en la relación de pareja
- Computadora portátil
- Data Display
- Parlantes

6. Cada grupo presentara su historia al pleno. Se pedirá aportes del grupo general, se aclarará sobre las palabras que no hayan podido ser empleadas en la historia. Finalmente se informará sobre los derechos y atención que se debe brindar desde los centros de salud.

- i. Las ITS son un problema de salud pública, con impacto serio en la familia, la sociedad y en la economía de un país.
- ii. La mejor forma de prevención de las ITS es a partir de la vivencia de nuestra sexualidad plena y responsable con uno/a mismo/a y con la pareja.
- iii. Tener una ITS no es un delito, los centros de salud deben prestar la atención necesaria y precisa sin discriminación ni prejuicios. Delito es tener una ITS y no tratarse o, peor aún no avisar a la pareja.

• Ideas para la reflexión final



- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.


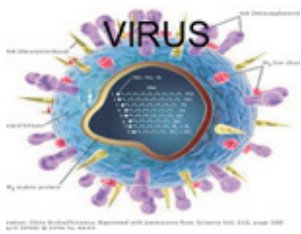

• Evaluación del taller



a. Material 1: Tarjetas de medio oficio


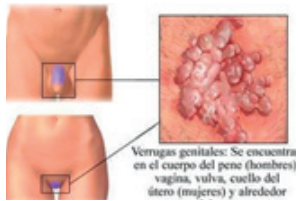


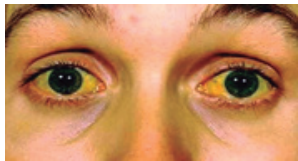
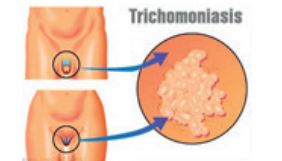



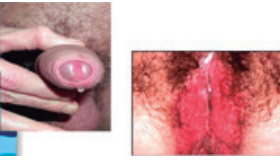

• Material de apoyo



Bacteria	Virus	Hongos y parásitos
La bacteria es un microorganismo unicelular. Existen bacterias nocivas para nuestro organismo. Las bacterias patógenas son aquellas que causan enfermedades en nuestro organismo	Microorganismo compuesto de material genético protegido por un envoltorio, que causa diversas enfermedades introduciéndose como parásito en una célula para reproducirse en ella.	[Organismo] Que se alimenta de las sustancias que elabora un ser vivo de distinta especie, viviendo en su interior o sobre su superficie, causando algún daño o enfermedad.
		



b. Material 2: Laminas en tamaño carta (Anverso: imágenes de ITS; Reverso: los valores) expresados solo en palabras.

P	ITS transmitidas por bacterias	ITS transmitidas por virus	ITS transmitidas por hongos y parásitos
A	Gonorrea	Herpes Genital	La monoliasis o candaliasis
			
R	RESPECTO	PLACER	EROTISMO
A	Sifilis	Hepatitis B	Tricomoniasis (o "tric")
			
R	COMUNICACIÓN	RESPONSABILIDAD	AUTOCUIDADO
A	Chancroide o chancro blando	Virus de Papiloma Humano - VPH	Los piojos púbicos o "ladillas"
			
R	AMOR	PREVENCIÓN	HONESTIDAD, LIBERTAD
A	Clamadiasis	Verrugas genitales	
			
R	COMPRESIÓN	ESCUCHA	

R	Donovaniosis (granuloma inguinal)	El VIH y el SIDA	
A			
	SALUD	CARIÑO	
	El Linfogranuloma Venéreo (LGV)		
			
	MADUREZ EMOCIONAL		

A través de la reproducción de videos se puede ir generando espacios de conversación. Entre estos se sugieren:

- ITS (mas para jóvenes): <https://www.youtube.com/watch?v=teo51ZGt0jY>
- ITS (mas información): <https://www.youtube.com/watch?v=1gbF4MjoOPE>
- Mitos ITS: <https://www.youtube.com/watch?v=DwQ5vuItk0g>
- Prevención con énfasis en hombres: <https://www.youtube.com/watch?v=nRKEPsJ3hoQ>

• **Variaciones**



Tema 3

VIH y Derechos Humanos

· Lectura de apoyo



1. Consideraciones generales respecto a la epidemia del VIH/Sida

La epidemia de VIH/Sida, ha afectado a todos los niveles estructurales de las sociedades y ha hecho evidente la necesidad de comprender la infección como un fenómeno social. Extender la mirada clínica de la enfermedad y reconocer los factores sociales, políticos, económicos, educativos, así como las relaciones entre ellos que pueden estar configurando distintas formas de vulnerabilidad frente al VIH, implica también asumir nuevos retos complejos para el abordaje en los distintos niveles de trabajo tanto en prevención como en atención.

De esta forma, el enfoque de vulnerabilidad frente al VIH permite reconocer a las personas y ubicarlas en entornos con características particulares. Las amas de casa, jóvenes, personas trans, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), población privada de la libertad y Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS), han sido reconocidas como las poblaciones más afectadas por la epidemia, hecho que tiene una íntima relación con diversos contextos de vulnerabilidad que los y las hace susceptibles a la infección por VIH.

2. ¿Qué es el VIH?

El Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH es una partícula infecciosa que debilita el sistema inmunológico, llamado también “sistema de defensa”, que afecta la capacidad de respuesta del organismo de una persona a las enfermedades. El Virus es extremadamente débil fuera del cuerpo humano. El virus no puede penetrar la piel sana, solo ingresa al organismo por unas determinadas “puertas de entrada” como: heridas abiertas, mucosas o por el torrente sanguíneo.

3. ¿Qué es el Sida?

El Sida se caracteriza por la manifestación clínica de las infecciones oportunistas que afectan al cuerpo humano debido al bajo nivel de sus células de defensa y al alto nivel de réplicas del VIH en la sangre. Es importante señalar, que una persona que ha llegado a la etapa de Sida puede regresar a una etapa asintomática si tiene la atención médica adecuada y oportuna, acceso a los medicamentos y llevar hábitos de vida saludables en cuanto al consumo de alimentos y bebidas, actividad física y soporte emocional de sus redes sociales y familiares.

4. ¿Cómo se transmite el VIH - SIDA?

El virus (pequeño organismo que no puede reproducirse solo) necesita alojarse en un ser humano para poder vivir y replicarse. Se aloja en los fluidos corporales, particularmente en la sangre, en los fluidos vaginales, en el líquido pre-eyaculatorio, el semen y la leche materna. Esta característica determina unas vías de transmisión particulares. Estas son: la sexual, la perinatal y parenteral.

a. **Sexual:** Sucede en relaciones sexuales no protegidas (sin preservativo o con uso inadecuado del mismo), con una persona con VIH/Sida. En estas relaciones se entra en contacto con sangre, semen, líquidos cérvico- vaginales y líquido pre-eyaculatorio. Por lo que los preservativos usados correctamente en todas

las prácticas sexuales desde el comienzo hasta su fin, son eficaces en la prevención del VIH. Se debe emplear un condón por cada práctica, sea esta vaginal, oral o anal.

b. **Perinatal:** Se da de una mujer que vive con el VIH a su bebé. Se puede producir en tres momentos:

- Contagio durante el embarazo, a través de la placenta. Cuanto más alta sea la carga viral en la madre gestante, mayor es la probabilidad de que él o la bebé adquiera el virus.
- Contagio durante el parto, por el contacto con sangre y otros fluidos. La mayor parte de las infecciones ocurren en este momento.
- Contagio durante la lactancia, el virus puede pasar a través de la leche materna o en el sangrado de los pezones de la madre.
- Una mujer que vive con el VIH, puede evitar la infección de su bebé si recibe el tratamiento médico adecuado

c. **Parenteral:** Sucede cuando se penetra la piel por medio de una aguja u otros instrumentos no esterilizados y estos contienen sangre de una persona que vive con VIH. Por ejemplo, en el intercambio de instrumentos utilizados para el consumo de drogas inyectables, la realización de tatuajes con instrumentos no esterilizados o desechables; transfusiones de sangre o de órganos a los que no se les ha hecho la prueba de detección del VIH.

En general, conviene evitar la exposición directa a la sangre de otra persona, así como el uso de instrumentos y utensilios como jeringas y agujas que no sean desechables; no solo para evitar la infección por el VIH, sino también otras infecciones como las hepatitis virales, entre otras.

5. Datos estadísticos del VIH y el SIDA en Bolivia?

- La tasa de prevalencia del VIH en Bolivia ha incrementado de 0.1% en edades entre 15-49 durante la década de los 90s; a 0.2% a principios de los 2000; y a 0.3% para el primer trimestre de 2019.
- El 87.2% de los casos se encuentra en los departamentos de Santa Cruz (47.6%), (La Paz 20.6%) y Cochabamba (19%) respectivamente, mientras que solamente el 12,8% se encuentran distribuidos en los restantes 6 departamentos. Es importante resaltar que el 29,44% de todos los casos diagnosticados con VIH se encuentra en el grupo etario de 15 a 24 años, y el 33,6% en el grupo de 25 a 34 años, lo cual nos muestra una epidemia predominantemente joven.
- Los hombres tienen aproximadamente el doble de probabilidades de contraer el VIH que las mujeres. El único grupo etario en el cuál las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de contraer el virus, es en el grupo que comprende a las edades entre los 14 y 19 años.
- En Bolivia al 2020 se han identificado en el sistema de salud 27.913 casos, de los cuales 23.436 son por VIH y 4.477 por sida, notificados. Los departamentos de Santa Cruz (12.332), La Paz (6.158) y Cochabamba (5.310) son los que tienen un número mayor de casos de VIH/sida.

6. Vulnerabilidad y Riesgo

Para manejar de manera adecuada el concepto de poblaciones vulnerables, y evitar el aumento del estigma y la discriminación, es necesario diferenciar la vulnerabilidad del riesgo.

El riesgo es la probabilidad que tiene una persona de resultar VIH positivo. Aspectos relacionados con el

modo de vida, el comportamiento personal y la conducta sexual, por ejemplo, relaciones sexuales no protegidas con una pareja cuyo estado serológico se desconoce, múltiples relaciones sexuales no protegidas, entre otros, son factores que aumentan esta probabilidad.

La vulnerabilidad es consecuencia de diversas circunstancias que reducen la capacidad de los individuos o comunidades para evitar la infección por el VIH. Estas pueden ser:

- a. **Factores personales**, como la falta de conocimientos y aptitudes necesarias para protegerse y proteger a otros.
- b. **Factores sobre la cobertura y calidad de los servicios**, como inaccesibilidad debido a la distancia, costo y otros.
- c. **Factores sociales**, como las normas culturales y sociales, prácticas, creencias y leyes que estigmatizan y discapacitan a ciertas poblaciones y actúan como barreras para mensajes esenciales de prevención del VIH.

Algunos elementos como la pobreza, las desigualdades de género y las violaciones de derechos humanos han sido denominados “impulsores” por su capacidad de agravar la vulnerabilidad frente al VIH. Con el enfoque de vulnerabilidad es posible entender que la concentración de la epidemia en algunas poblaciones está directamente relacionada con la marginalización que históricamente han sufrido y con las violaciones de derechos humanos de las cuales han sido víctimas, a lo que se suma el estigma y la discriminación por la asociación que se hace entre ellas y el VIH.

7. Estigma y discriminación

a) Estigma

En el caso del VIH, el miedo a contraerlo, el desconocimiento de los mecanismos de transmisión y la asociación con conductas consideradas inmorales llevan a la estigmatización de las personas que viven con el virus. El estigma del VIH se asocia con el llamado “estigma preexistente”, que se refiere a actitudes negativas hacia el género, la raza, la orientación sexual, el estatus económico o de clase con las que directamente se lo relaciona desde su aparición.

Cuando se ha “etiquetado” a la persona, percibiéndola como alguien que tiene una “diferencia no deseada”, se pasa a rechazarla y a darle un trato desigual en relación con los demás. La internalización o aceptación de la experiencia del estigma es bastante frecuente entre las personas que viven con VIH, provocando sentimientos de culpa, vergüenza y múltiples miedos: a la muerte, a dañar o infectar a otros, a ser descubiertos, a causar dolor, decepción o sufrimiento a los miembros de la familia, etc. Esto genera la autoexclusión, que se manifiesta, por ejemplo, en no asistir a actividades familiares o sociales, no tener relaciones sexuales, no tener más hijos, dejar de trabajar o abandonar los estudios, no asistir a un hospital o clínica cuando se necesita.

b) Discriminación

El estigma lleva a la discriminación. La discriminación supone que un individuo sea tratado de forma menos favorable que otros a causa de alguna característica o cualidad. La discriminación es un acto injusto y vulnerador de derechos fundamentales. La discriminación puede ser de dos tipos:

- **Directa:** Cuando existen reglas o prácticas que abiertamente discriminan a las Personas que Viven con el Virus, como expulsarla del trabajo.
- **Indirecta:** Si la discriminación resulta de la existencia de reglas o prácticas que en apariencia son neutrales, pero cuyos efectos excluyen o lesionan los derechos fundamentales de las Personas que Viven con el Virus, o cuando hay cambios en las exigencias laborales que parecen neutras, pero cuyo objetivo es excluir a las Personas que Viven con el Virus, por ser imposibles de cumplir.

8. Los Derechos Humanos de las personas con VIH

La Declaración Universal de Derechos Humanos reconoce que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. A partir de la declaración, el principio de no discriminación ha impregnado todos los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas, como uno de los pilares sobre los cuales se sustentan los demás derechos. Es, por lo tanto, la obligación de los Estados el promover el respeto universal y efectivo de los derechos y libertades humanas.

El artículo 12 de la Declaración, el derecho a la intimidad, incluye la prohibición de revelar información de la vida privada de las personas, y la garantía a la confidencialidad. En relación al VIH, el respeto a la confidencialidad es primordial para evitar el estigma, la discriminación, la persecución y otros tratos injustos hacia las personas que viven con VIH. La divulgación del diagnóstico de VIH en público o en privado de una persona sin su autorización es una violación a los derechos humanos.

Al asegurar la confidencialidad, es más probable que las personas se hagan la prueba del diagnóstico del VIH, que las personas con VIH busquen atención médica, accedan a tratamiento y adopten medidas para la prevención de la transmisión, promoviendo la salud y el bienestar de las personas que viven con VIH y aportando además a la respuesta efectiva de prevención del VIH.

Los Estados Miembros de las Naciones Unidas adoptaron en 2011 “la Declaración Política sobre el VIH y Sida”, comprometiéndose a “fomentar los derechos humanos para reducir el estigma, la discriminación y la violencia relacionados con el VIH” y específicamente a “intensificar los esfuerzos nacionales encaminados a crear marcos jurídicos, sociales y normativos en cada contexto nacional a fin de eliminar el estigma, la discriminación y la violencia relacionados con el VIH”. Sin embargo, a pesar de los avances en las normas jurídicas a nivel mundial y en especial en América Latina, sobre la no discriminación y la protección de los derechos en el contexto del VIH, es indispensable promover su correcta aplicación.

9. Atención integral a las personas con VIH

La atención a las personas con VIH debe abordar aspectos sociales, culturales, psicológicos y otros aspectos, que mitiguen los efectos del VIH en las personas. La OPS define la atención integral a personas con VIH como: “Combinación de servicios dirigidos a prevenir la transmisión del VIH y aminorar las consecuencias físicas y emocionales de la infección, prevenir la rápida progresión de la enfermedad y el deterioro de las condiciones físicas y/o emocionales de la persona infectada, proveer atención destinada a mejorar las condiciones generales y la calidad de vida y a proporcionar acceso al tratamiento”. Entre los aspectos para la atención integral a personas con VIH están:

- Promoción y protección de la salud sexual.
- Actividades de promoción de la salud basadas en la evidencia.
- Promoción del uso del preservativo y comunicación para el cambio de comportamiento en individuos vulnerables o en situación de riesgo.
- Intervenciones focalizadas para proveer acceso a grupos vulnerables a servicios de prevención y atención.
- Protección contra el abuso, en particular el abuso sexual y la violencia doméstica.
- Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis y terapia antirretroviral para mujeres infectadas con VIH que lo necesiten.
- Atención integral y tratamiento de los niños/as afectados por el VIH con enfoque sistémico y con participación activa de la familia.

10. Mitos y verdades que existen alrededor del VIH

MITO	REALIDAD
El VIH se puede transmitir por la picadura de un mosquito.	No, el virus no se puede transmitir por picaduras de mosquitos o de algún otro insecto, ya que el virus no puede sobrevivir dentro de él.
Puedo contraer el VIH al estar en contacto con una persona infectada.	No. El virus no se contagia por estrechar las manos ni por abrazar a una persona que vive con el virus. El VIH solo se puede pasar de una persona a otra por transmisión sexual, por compartir agujas y jeringas, de madre a hijo y por transfusión sanguínea.
Las personas con VIH no pueden tener hijos.	Muchas personas con VIH han logrado tener hijos sin ser portadores del virus. Actualmente, hay estrategias para ello.
Se puede saber si una persona tiene VIH a simple vista.	No se puede saber. Una persona con VIH puede verse y sentirse bien, y aun así ser portadora del virus. La única manera de saberlo es con una prueba de VIH.
Solo las y los trabajadores sexuales, consumidores de sustancias psicoactivas inyectables y homosexuales se contagian de VIH.	Todos estamos en riesgo de contraer el VIH, si somos responsables en protejemos en nuestras relaciones sexuales coitales.
Si usa preservativo no necesita hacerse la prueba del VIH.	Todas las personas sexualmente activas deben realizarse la prueba de VIH y esto independientemente de tener una pareja estable.

Taller 3

VIH y Derechos Humanos

• Objetivo

Desmitificar ideas y creencias sobre el VIH, comprendiendo que estas contribuyen en la vulneración de derechos humanos, DSDR, así como en el riesgo de contagio.

• Presentación y desarrollo

1. Se iniciará con la técnica “Estamos de fiesta”, se explicará que “todos y todas han sido invitados a una fiesta” a la cual deben entrar con una manilla (ver material 1). La o el facilitador distribuirá las manillas de manera intercalada, indicando que en la fiesta (en el centro del salón) las y los participantes no deben dejar que se vean. La fiesta inicia con la música y se pide que todas y todos bailen.

2. Mientras la o el facilitador ameniza la fiesta, abruptamente cortará la música y pedirá que en menos de 5 segundos se junten las personas por el color de sus manillas (3 grupos), para luego “presentarse y saludarse dándose la mano”. Cada grupo se sentarán juntos.

3. La o el facilitador dirá que la fiesta ha sido tan ruidosa y alegre que ha llamado la atención de un periódico donde hay un artículo “muy raro”, el mismo será leído (ver material 2). Luego, en tono de periodista informativo dirá “en la noche de la fiesta sucedieron además otras cosas muy raras” (antes de continuar pedirá que las y los participantes de los grupos se pongan de pie al escuchar el color de su cinta), pues resulta que:

- **El grupo Rojo:** “cada vez que se dieron la mano, este contacto equivalía a una relación sexual, lo que quiere decir que tuvieron relaciones sexuales entre todas y todos. Producto de esas relaciones sexuales ahora están infectados de VIH”.
- **El grupo Amarilla:** “cada vez que se dieron la mano, este contacto equivalía a una relación sexual, lo que quiere decir que tuvieron relaciones sexuales entre todas y todos. Producto de esas relaciones sexuales ahora están infectados de VIH y embarazadas o embarazaron a sus parejas”.
- **El grupo Celeste:** “las personas eran adolescentes y cada vez que se dieron la mano, este contacto equivalía a una relación sexual, lo que quiere decir que tuvieron relaciones sexuales entre todas y todos. Producto de esas relaciones sexuales ahora están infectados de VIH, en la mayoría de los casos era su primera vez”.

4. Después de la lectura, se entrega papelógrafos y marcadores para iniciar con

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Cintas de 3 colores (rojo, amarillo y celeste) para la muñeca de la mano
 - Maskin
 - Papelógrafos
 - Marcadores gruesos
- Equipo de sonido (radio)
 - Música de fiesta (Morenada en banda)

Grupo rojo	<p>¿Qué saben sobre el VIH? ¿Y que sobre el Sida?</p> <p>¿Será que las personas con VIH-SIDA tienen la culpa de haberse infectado? Si/No ¿Por qué?</p> <p>¿Habrá discriminación a las personas con el VIH-SIDA? ¿Cómo es esta discriminación?</p> <p>¿Será que las personas con VIH-SIDA tienen derechos? ¿Cuáles?</p>
Grupo amarillo	<p>¿Una mujer con VIH puede tener hijos o hijas? Si/No ¿Por qué?</p> <p>¿Una mujer con VIH y esté embarazada, puede ser atendida en los centros de salud? Si/No ¿Por qué?</p> <p>¿Quiénes son las personas que están en mayor riesgo de infectarse con el VIH-SIDA?</p> <p>¿En general como se sentirán las personas con VIH-SIDA?</p>
Grupo celeste	<p>¿Creen que sus hijos e hijas adolescentes puedan infectarse con el VIH? Si/No ¿Por qué?</p> <p>¿Por qué cada vez más jóvenes se están infectando con el VIH?</p> <p>¿Tendrá algo que ver la pobreza y las desigualdades de género, para que las personas se infecten con el VIH-SIDA? Si/No ¿Por qué?</p> <p>¿Las y los adolescentes con VIH tendrán derechos? Si/No ¿Cuáles?</p>

el trabajo de grupos sobre la base de la siguiente matriz:

5. A la presentación del trabajo de cada grupo, se abrirá un espacio para preguntas o información complementaria de parte de las y los participantes de los otros grupos. La o el facilitador basándose en la lectura de apoyo, fortalecerá y/o aclarará los aportes de los grupos.

6. Luego, la o el facilitador a través de una “Lluvia de ideas” analizará sobre:

- ¿Conocemos algún familiar, amistad o vecino de la comunidad con VIH?
- ¿Cómo es el trato a las personas con VIH? ¿Por qué?
- ¿Cómo reaccionaríamos si nos enteramos que alguien cercano tiene VIH-SIDA?

7. Se manifestará que los mitos sobre el VIH-SIDA, hacen que la población no se

i. Todas/os podemos infectarnos de VIH, por ello debemos reflexionar sobre las creencias falsas que existen en las comunidades, que estigmatizan y vulneran los derechos de las personas con VIH.

ii. Las personas con VIH pueden llevar una vida normal a partir de un estilo de vida saludable, el apoyo y la comprensión de familiares, amistades y la comunidad.

iii. El derecho a la confidencialidad de una persona con VIH-SIDA es fundamental para el ejercicio de sus derechos en SSySR.

iv. Las y los adolescentes también se infectan de ITS, VIH-SIDA, por lo que es urgente información preventiva, Educación Sexual Integral y uso de anticonceptivos.

• Ideas para la reflexión final



- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Evaluación del taller



a. **Material 1:** Cintas para las muñecas de las manos. Se preparan las cintas (de 2 cm de ancho por 15 cm de largo) de colores rojo, amarillo y celeste).

• Material de apoyo



b. **Material 2:** Nota periodística

Datos de VIH - SIDA, y las rarezas de una fiesta bulliciosa

El pasado de de 20....., se llevó a cabo una fiesta, con los mejores conjuntos y bandas del país. Después de esta fiesta, las autoridades departamentales de salud, dieron a conocer los siguientes datos preocupantes:

- Los casos de infecciones con VIH en Bolivia ha incrementado de 0.1% en edades entre 15 - 49 durante la década de los 90; a 0.2% a principios de los 2000; y a 0.3% para el primer trimestre de 2019.

- El 87.2% de los casos de VIH-SIDA se encuentra en los departamentos de Santa Cruz (47.6%), (La Paz 20.6%) y Cochabamba (19%) respectivamente, mientras que solamente el 12,8% se encuentran distribuidos en los restantes 6 departamentos. Es importante resaltar que el 29,44% de todos los casos diagnosticados con VIH se encuentra en el grupo etario de 15 a 24 años, y el 33,6% en el grupo de 25 a 34 años, lo cual nos muestra una epidemia predominantemente joven. Y que los hombres tienen aproximadamente el doble de probabilidades de contraer el VIH que las mujeres.

- En Bolivia al 2020 se han identificado en el sistema de salud 27.913 casos, de los cuales 23.436 son por VIH y 4.477 por sida, notificados. Los departamentos de Santa Cruz (12.332), La Paz (6.158) y Cochabamba (5.310) son los que tienen un número mayor de casos de VIH/sida.

Los vecinos cuyas viviendas se encuentran cerca del local, denunciaron a las autoridades, que en esa fiesta sucedieron "cosas muy raras", por lo que se sospechas que...(continuar con la asignación de características de los grupos del punto 3).

Tema 4

Previendo el Cáncer Cérvico Uterino - CACU

· Lectura de apoyo



1. ¿Qué es el cáncer?

El término “cáncer” es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. El cáncer es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. Existen cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos:

- Los sarcomas, que proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo.
- Los carcinomas, que proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y de la próstata. Los carcinomas incluyen algunos de los cánceres más frecuentes.
- Las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y de la médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras.

2. Tumores o neoplasias

Según la definición de Barbacci: “Los tumores o ‘neoplasias’ son proliferaciones anormales de los ‘tejidos’ que se inician de manera aparentemente espontánea (no se conoce la causa), de crecimiento progresivo, sin capacidad de llegar a un límite definido, carente de finalidad y regulado por leyes propias más o menos independientes del organismo”. Las tres características principales de los tumores son:

- a. Forman una masa anormal de células.
- b. Poseen crecimiento independiente, excesivo y sin control.
- c. Tienen la capacidad de sobrevivir incluso después de desaparecer la causa que lo provocó.

La oncología que es la ciencia que estudia los tumores, los diferencia en neoplasias benignas o malignas:

- **Los tumores benignos:** sus características microscópicas y macroscópicas no son graves; es decir, el tumor se encuentra en una zona bien localizada y se puede curar mediante una extirpación quirúrgica, ya que no ha dado lugar a implantes secundarios. Son de crecimiento lento, no avanzan a otros tejidos y rara vez se reproducen después de ser extirpados.
- **Los tumores malignos:** Son células que se forman y multiplican rápidamente y sin control, forman una masa de tejido. Los tumores malignos, pueden formar nuevos vasos sanguíneos, que permite al tumor tener oxígeno y nutrientes; las células malignas son capaces de romper su unión con el tejido que lo origina, además, pueden entrar al sistema sanguíneo o linfático, pudiendo atacar otras partes del cuerpo, como los huesos, los pulmones, el hígado y el cerebro.

Actualmente, se conocen más de 200 tipos diferentes de cáncer dependiendo de la parte del cuerpo de donde salgan. Entre los más frecuentes están: de piel, pulmón, mama, de útero, de colon y recto. El cáncer puede afectar a personas de todas las edades, incluyendo a fetos, pero el riesgo aumenta con la edad.

3. Cáncer de Cuello Uterino (CACU) o Cérvico Uterino

Es una enfermedad que se da en mujeres, donde las células cancerosas (malignas) se encuentran en los tejidos del cuello uterino, provocada por una lesión que comienza sin síntomas ni señales hasta convertirse en una lesión maligna que puede afectar otros órganos y llevar a la muerte. En Bolivia la mayor parte de los casos son detectados cuando la enfermedad ya está muy avanzada. Entre 4 y 5 mujeres mueren al día por el CACU en Bolivia, una de las más altas cifras a nivel mundial y la más alta de América Latina, según la OMS. Las mujeres de entre 25 y 46 años registran las más altas tasas de incidencia (151,4 por cada 100 mil).

i. Causas del cáncer de cuello uterino

La mayor parte de los casos de CACU o de la matriz, es por la infección del Virus Papiloma Humano (VPH), también conocido como el virus de las verrugas genitales, es una ITS que afecta frecuentemente tanto a hombres como a mujeres. Hay más de 40 tipos de VPH que se dividen en dos grandes grupos:

a. **Los VPH “de bajo riesgo oncogénico”**, que generalmente se asocian a las lesiones benignas, como las verrugas y lesiones inflamatorias genitales leves o de bajo grado.

b. **Los VPH “de alto riesgo oncogénico”**, también pueden producir verrugas, pero se asocian fundamentalmente a las lesiones genitales precancerosas, lesiones que pueden evolucionar lentamente a un cáncer.

A continuación, se presenta información importante sobre el VPH:

- Se estima que 4 de cada 5 personas (es decir, el 80%) van a contraer uno o varios de los tipos de VPH en algún momento de sus vidas.
- Sólo si la infección persiste por muchos años (se calcula de 5 a 10 años), los VPH de alto riesgo oncogénico pueden causar lesiones en el cuello del útero que pueden evolucionar al cáncer.
- Cualquier persona que tenga (o haya tenido) relaciones sexuales puede contraer el VPH, es común que casi todos los hombres y mujeres sexualmente activos lo contraigan, incluso aquellas personas que solamente tienen relaciones sexuales con una sola persona en su vida.
- El VPH se transmite a menudo por relaciones sexuales vaginales y anales, o durante las relaciones sexuales orales y el contacto entre los genitales. Se puede transmitir entre parejas heterosexuales y homosexuales, aun cuando la persona con el virus no tenga signos ni síntomas.
- No existe ningún tratamiento que cure el virus, solo existen diferentes tipos de tratamiento, según el tipo de lesión como las verrugas o las lesiones.

La mayoría de las personas que tienen el VPH nunca presentan síntomas ni problemas de salud y muchas de las personas infectadas por el VPH ni siquiera saben que lo tienen. La mayoría de las infecciones por el VPH (90 %) desaparecen por sí solas dentro de dos años, pero otras permanecen y pueden causar una variedad de problemas de salud graves:

- Verrugas genitales (verrugas en las áreas genitales).
- Papilomatosis respiratoria recurrente (PRR), una afección poco frecuente en la que se forman verrugas en la garganta.

- Cáncer de cuello uterino.
- Otros cánceres menos frecuentes, pero graves, incluidos cánceres genitales (cáncer de vulva, vagina, pene o ano) y un tipo de cáncer de cabeza y cuello llamado cáncer bucofaríngeo.

El CACU por lo general no presenta síntomas hasta que está en una etapa avanzada. Por ello, es importante la realización periódica de pruebas de detección y la prevención con la vacuna del VPH en niñas de 11 años.

ii. Mujeres con mayor riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino

- Todas las mujeres al iniciar su vida sexual corren este riesgo.
- Si tu pareja tiene relaciones sexuales con otras personas más sin uso de un preservativo.
- Las que iniciaron sus relaciones sexuales o tuvieron hijos/as cuando eran muy jóvenes (adolescentes).
- Las que tuvieron muchos partos.
- Las que tienen muchas parejas sexuales y no usan condón.
- Las que estén infectadas con el VPH y/o tengan verrugas en sus genitales.
- Las que tienen infecciones de transmisión sexual frecuentes.
- Las que nunca se hicieron un examen de Papanicolaou o inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) o no se hacen el examen regularmente.
- Mujeres con antecedentes familiares de cáncer cervical.
- Fumar aumenta el riesgo de cáncer cervical.

A estas situaciones de riesgo se suman las creencias y miedos de las mujeres, principalmente del área rural.

Según un artículo sobre Creencias y Virus Papiloma Humano, hay creencias en las mujeres sobre el cáncer que se deben tomar en cuenta para una mejor prevención:

- **Hay una relación directa de infección por VPH y Cáncer de Cuello Uterino**, sin embargo, hay poblaciones que no conocen esta relación.
- **Creencias en relación al riesgo de contraer la infección por VPH**, las personas no identifican las conductas de riesgo, por tanto, no creen que pueden tener esta infección.
- **Estoicismo**, es la preocupación de las mujeres por la familia y por otras personas; son capaces de postergar su cuidado para NO descuidar a su familia, aguantando cualquier enfermedad y dolor.
- **Negación**. La mujer duda o niega el riesgo de enfermarse de cáncer o de hacerse un PAP, solo van al médico cuando hay molestias avanzadas, lo que impide la detección temprana del CACU. Mujeres y hombres niegan ser portadores de VPH; en los hombres esto tiene que ver con "el machismo".
- **Fatalismo**. Se cree que la enfermedad del cáncer una vez diagnosticada es incurable, "sin posibilidad de hacer algo"; esto empeora por el racismo, las dificultades económicas, y la inaccesibilidad a la atención de la salud. Esta fatalidad evita que tengamos una conducta preventiva, haciendo que las mujeres sientan vergüenza frente a la confirmación de infección por VPH, de hacerse un PAP, a tener una enfermedad de transmisión sexual (generalmente contagiado por sus parejas) y ser señaladas como promiscuas e infieles.

iii. ¿Cómo avanza el Cáncer de Cuello Uterino?

Etapas	Características
1. Mujer sana	No tiene ninguna molestia.
2. Displasia leve	No tiene molestias. En algunos casos puede existir algo de escozor, flujos o dolor en la relación sexual.
3. Displasia moderada	
4. Displasia severa	Puede existir algo de escozor, flujos o dolor durante relación sexual o al orinar, sangrado después de la relación sexual.
5. Cáncer invasor	Tiene algunos síntomas: dolor en la espalda baja, hemorragia y pérdida de peso.
6. Cáncer avanzado	Tiene muchos síntomas: dolores muy fuertes en la espalda baja, huesos y en todo el cuerpo; sangrado intenso, pérdida de peso y señales en otros órganos afectados por el cáncer.

En total puede demorar de 10 a 15 años desde que un cuello uterino sano se infecte hasta que se convierta en cáncer invasor o avanzado. Según las leyes y programas de salud en Bolivia, el sistema público de salud cubre la atención en prevención, detección y atención primaria.

Vista de un cuello uterino en tres fases:

Cuello uterino sano	Cuello uterino con lesión precancerosa	Cuello uterino con cáncer
		

4. ¿Cómo saber si se Cáncer de Cuello Uterino?

El Cáncer de Cuello Uterino se detecta a través de la prueba del Papanicolau, Inspección Visual con Ácido Acético IVAA (ambos rápidos y económicos) y la prueba de VPH.

i. La prueba del Papanicolau - PAP

La prueba Papanicolau (PAP, nombre por su inventor Dr. George Papanicolau) o citología, es uno de los métodos más eficaces, sencillo, rápido y económico para ver si hay células anormales en el cuello uterino.

¿Cómo se hace la prueba del PAP?

- Con un espéculo (instrumento para abrir la vagina), el médico observa el cuello uterino y toma una muestra de las células para analizar. Estas células se colocan sobre una lámina de vidrio y se envía al laboratorio para su análisis.

El PAP ayuda a revelar el 95% de cánceres cervicales, los detecta en un estado en el que todavía no se ven a simple vista, lo que puede permitir su tratamiento y curación. Todas las mujeres deben realizarse la Prueba de Papanicolau (PAP) más si tienen una vida sexual activa.

Pasos a seguir para hacerse el PAP

- No estar menstruando, es mejor realizar la prueba después del 5to día de haber acabado la menstruación.
- No tener relaciones sexuales en las 48 horas antes de la prueba.
- Cinco a siete días antes a la prueba no usar espumas ni medicinas vaginales (óvulos, espermicidas, cremas).
- Lavarse el área genital externamente con agua y jabón, no hacer lavados internos ni usar desodorantes o productos vaginales.

ii. Inspección visual con ácido acético - IVAA

Es otro examen disponible en Bolivia para detectar el CACU. Se sigue los mismos pasos que en el PAP:

- El médico usa el espéculo en la vagina, moja suavemente el cuello del útero con una gasa mojada de ácido acético (vinagre); si hay lesiones (heridas) las partes del cuello uterino se ponen blancas.
- Una ventaja del IVAA es que si se detectan lesiones se las puede tratar y curar inmediatamente con la "Crioterapia" (terapia de congelamiento), este tratamiento es seguro y rápido.

Los resultados en ambas pruebas (PAP e IVAA) pueden ser:

- a. **Negativo**, es decir que NO hay células diferentes o desiguales, por lo que se tendrá que volver en 3 años para hacer un nuevo examen de PAP o IVAA.
- b. **Negativo con presencia de infección**, en este caso la mujer y su pareja deben cumplir con un tratamiento. Debe volver en un año para realizar el examen de PAP o el IVAA.
- c. **Positivo**, es decir que SE detectaron células diferentes o desiguales y existe riesgo de que la mujer tenga una lesión que puede ser o convertirse en cáncer.

Se tiene que realizar otros exámenes lo antes posible para confirmar el resultado. Estos exámenes son: La Colposcopia y la Biopsia. La Colposcopia es un examen efectivo y rápido, sirve para localizar con más claridad el lugar de la lesión; se observa el cuello del útero utilizando un aparato llamado colposcopio. La Biopsia consiste en sacar un pedazo del lugar del cuello uterino donde se sospecha que pueda existir cáncer, esta muestra se envía al laboratorio donde es analizado por un/a especialista, quién diagnosticará si es cáncer o no.

iii. La prueba del VPH

La aplicación clínica de la prueba es identificar en mujeres la INFECCIÓN PERSISTENTE por virus de VPH y así determinar una condición de riesgo a desarrollar pre cáncer de cuello uterino. La prueba de VPH, se realiza para buscar los tipos de VPH de Alto Riesgo y es aplicable en el tamizaje sistemático en la prevención

5. Los derechos de las mujeres durante y después de la muestra

del cáncer cervicouterino conjuntamente con la prueba del PAP (co-test) en mujeres de 30 a 55 años de edad.

Para aumentar la sensibilidad de la citología cervico-vaginal se recomienda realizar la prueba de VPH junto

al PAP en el cribado de Cáncer de Cuello Uterino.

- Hacer todas las preguntas necesarias y pedir que el personal de salud aclare nuestras dudas.
- El personal de salud debe informar y explicar sobre el procedimiento que se realizará y para qué sirve el PAP.
- Elegir a una mujer entre el personal de salud, para que nos realice la toma de muestra es posible.
- Pedir que alguien pueda acompañarnos en el momento de la toma de muestra.
- Podemos decidir no hacernos o postergar la toma de la muestra, si no nos sentimos preparadas.
- Debemos ser respetadas y tratadas de acuerdo a nuestra cultura e identidad.

6. Tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino

- En el hospital, nadie puede reñirnos, juzgarnos o tratarnos mal.
- Deben entregarnos los resultados del PAP o IVVA, como máximo en tres semanas.

Si el CACU es detectado a tiempo, puede ser curado mediante la electrocauterización y la conización que consisten en sacar la parte afectada para que el cáncer no avance. Si el cáncer está más avanzado se necesita tratamientos más largos, complicados y costosos, estos son:

- **Cirugía:** Extracción del cáncer en una operación.
- **Radioterapia:** Radiaciones de alta energía para eliminar las células cancerosas.

7. Mitos en torno al Cáncer de Cuello Uterino

MITO	REALIDAD
El CACU no puede ser prevenido.	Si es detectada en una etapa temprana, puede ser tratada para prevenir el desarrollo del CACU. Una prueba de PAP y de VPH pueden detectar condiciones precancerosas y las pacientes pueden ser tratadas a tiempo.
Soy demasiado joven para tener CACU.	En la actualidad existen mujeres diagnosticadas con cáncer cuando tienen 20 años. VPH y la condición precancerosa displasia son comunes en mujeres jóvenes.
Yo fui vacunada contra VPH, por lo que ya no necesito condones.	La vacuna VPH protege de la infección de cuatro tipos de VPH, pero hay otras variantes del virus y numerosas otras enfermedades transmitidas por vía sexual para las que la vacuna no protege. Continúe utilizando condones.
No necesito una prueba PAP cada vez.	El primer PAP de una mujer debe ser realizado al año después de iniciar sus relaciones sexuales. Hay diferencias en las recomendaciones sobre la frecuencia de las pruebas de PAP, se debe consultar al médico. A pesar de tener una vacuna de VPH, se necesita con regularidad una prueba de VPH.
Tengo demasiados años y ya no necesito un PAP.	Hay casos de CACU en poblaciones mayores. Las mujeres pueden tener nuevos compañeros sexuales, que las colocan a riesgo de VPH y otras ITS. Es preciso realizar consultas médicas para tener una prueba de PAP, a pesar de haber pasado por la menopausia, haber tenido una histerectomía o ser mayor de 65 años.
Me hice un examen pélvico, que es lo mismo que un PAP.	El PAP reúne células del cérvix, que posteriormente son evaluadas en un laboratorio. En un examen de la pelvis, se realiza un exámen del cuello uterino y de otras partes de la anatomía de una mujer. Ambos exámenes son importantes para detectar problemas.

Mi prueba de PAP fue anormal, lo que quiere decir que tengo cáncer.	No necesariamente, probablemente necesite pruebas de seguimiento, una prueba de VPH, una colposcopia o una biopsia para probar células cancerosas. Un PAP anormal puede indicar una condición precancerosa que puede ser tratada. Asimismo, un PAP negativo, no siempre quiere decir que la mujer no tiene cáncer. Alrededor de un 10 % de todas las pruebas de PAP dan un resultado negativo falso.
El CACU no tiene síntomas.	Sangrar después de tener relaciones sexuales, sangrar después de los periodos menstruales o sangrar después de la menopausia pueden ser indicadores de cáncer cervical. Otros síntomas incluyen una descarga anormal o dolor en la región de la pelvis.
Si soy diagnosticada con CACU, moriré.	La supervivencia tras cáncer cervical detectado en etapa inicial es de un 92%. Entre más tarde es diagnosticado, más bajo es el índice de supervivencia.
Si me curo del CACU viviré preocupada por una reincidencia.	Si el cáncer cervical recurre, lo más probable es que suceda durante los dos primeros años después del tratamiento. La mayor parte de los pacientes son evaluados durante cinco años tras la enfermedad, tras los cuales hay un bajo riesgo de una repetición.
Para tratar el CACU debo tener una histerectomía.	El CACU en etapa inicial es típicamente tratado con una histerectomía (cirugía que elimina el cérvix y el útero), pero no es la única opción. La radiación y quimioterapia son utilizadas para tratar la enfermedad en estado más avanzado. Algunas mujeres con CACU en etapa inicial pueden evitar histerectomías con procedimientos como biopsias (eliminan sólo el tejido canceroso y un pequeño margen alrededor de tejido sano) o la traquelectomía (extrae el cérvix, pero no el útero).
No podré tener hijos después de un tratamiento para CACU.	Si se somete a una histerectomía o una radiación para tratar el CACU no podrá tener hijos. Sin embargo, procedimientos quirúrgicos nuevos ayudan a mantener la fertilidad de la mujer sin comprometer su supervivencia. Una traquelectomía permite la reproducción. Para cánceres pequeños una biopsia con extracción de tejidos puede ser apropiada y al mismo tiempo mantiene la fertilidad.
Una histerectomía para tratar el CACU me colocará en la menopausia.	Una histerectomía para tratar el CACU no extrae los ovarios, que es lo que determina si una persona está en la menopausia. El CACU se extiende muy raramente a los ovarios, y en este caso, probablemente tendrán menopausia porque la radiación les afectará los ovarios.

8. Acciones de prevención del CACU

- Mujeres y hombres pueden y deben actuar con responsabilidad, respeto y honestidad con su pareja, así sea ocasional, pues está en juego su propia SSySR.
- En caso de parejas estables, es importante conversar de los riesgos, las medidas de protección ante una ITS, además de asumir las consultas ginecológicas como una estrategia para la vivencia de la SSySR.
- Como mujeres en particular, es fundamental por amor y responsabilidad consigo mismas, realizarse la prueba de PAP de manera frecuente.
- Es trascendental que las mujeres madres y/o tutoras, conversen del CACU y su prevención con sus hijas adolescentes, a fin de que ellas puedan asumir su SSySR de manera informada y responsable.
- A nivel del Estado, los Gobierno Departamentales y Municipales, se cuenta con la normativa, los planes y programas para prevenir y atender el CACU y las ITS, así como se garantiza el acceso a los métodos anticonceptivos, por tanto, es importante que, desde nuestras organizaciones sociales y comunitarias, exijamos su cumplimiento, además de los presupuestos adecuados.

Taller 4

Previendo el Cáncer Cérvico Uterino - CACU

• Objetivo

Brindar información que posibilite la prevención y la atención temprana del CACU, por ser esta enfermedad una de las más mortales para muchas mujeres.

Presentación y desarrollo

1. Cada participante dará a conocer su nombre y su opinión sobre si ¿es importante la salud de las mujeres? si, no, ¿por qué? A la conclusión de todas las participaciones se hará las siguientes preguntas:

- ¿Qué es un cáncer?
- ¿Qué es o, que saben del CACU?
- ¿Conocen algún caso cercano? ¿pueden compartirlo?
- ¿Quiénes están en mayor riesgo de tener CACU? ¿Por qué?

2. La o el facilitador dará a conocer lo que es el cáncer, el CACU, datos estadísticos en Bolivia y las causas del CACU. Luego, se trabajará con la matriz de apoyo 1 (ver material 1), donde entre todas y todos se identificará la veracidad o falsedad de las frases (mitos). con este trabajo la o el facilitador podrá profundizar la información sobre el CACU

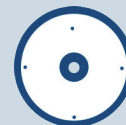
3. Se reproducirá el video sobre "Cáncer de cuello uterino" (ver material 2). Luego se realizará las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la opinión que tienen sobre el video?
- ¿Qué parte o que información del video les llamo más la atención y por qué?
- ¿Qué causas se puede identificar para el CACU?
- ¿Qué consecuencias del CACU se puede identificar?

4. La o el facilitador fortalecerá las respuestas, mencionando las situaciones de riesgo y las formas de prevención entre estas el PAP y la prueba con ácido acético, para ello presentara dos laminas (ver material 3, lámina 1 y 2), se pedirá que las observen detenidamente y luego se analizara:

- ¿Qué opinan o sienten al ver las láminas?
- ¿Con cuál de las láminas se sentirían más cómodas, por qué?
- ¿Qué es lo que da más miedo de hacerse estas pruebas?
- ¿Qué se podría hacer para que no se tenga tanto miedo a estas pruebas?

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Tarjetas
- Matriz de mitos
- Lámina
- Videos
- Papelógrafos
- Marcadores
- Masquin
- Data Display
- Computadora portátil
- Parlantes.

5. Se mencionará que el PAP (pasos para hacerse un PAP), el IVAA y la prueba de VPH para la detección del CACU, así como los derechos de las mujeres al realizarse estas pruebas.
6. Se mostrará imágenes del avance del CACU (ver material 3, lámina3), para fortalecer e incentivar a realizarse las pruebas de detección y los resultados que éstas podrían arrojar (positiva o negativa).
7. Se proyectará el video “experiencia de vida” (ver material 2), donde se mostrará que el CACU es prevenible y tratable si se detecta a tiempo.

- i. El CACU en la actualidad está entre las primeras causas de muerte, la falta de información y educación, además de las condiciones de pobreza, son factores para que más mujeres del área rural y con carencias económicas, puedan desarrollar este cáncer.
- ii. El CACU es un problema de salud pública, por tanto, urge que las autoridades cumplan con las normas y planes sobre esta problemática. Como sociedad civil, es importante asumir control en los recursos económicos del municipio, para el cumplimiento del presupuesto en salud.
- iii. No solo las mujeres son víctimas de este cáncer, lo son también los hombres, hijas e hijos quienes quedan en la orfandad. Prevenir el CACU es una muestra de amor propio y de pareja.

- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

a. Material 1: Matriz 1

Frase	Verdad	Falso
El Cáncer Uterino no puede ser prevenido.		
Soy demasiado joven para preocuparme sobre CACU.		
Si mi marido es fiel, no estoy en riesgo de tener CACU.		
Yo fui vacunada contra VPH, ya no necesito condones.		

• Ideas para la reflexión final



• Evaluación del taller



• Material de apoyo



Frase	Verdad	Falso
El Cáncer Uterino no puede ser prevenido.		
Soy demasiado joven para preocuparme sobre CACU.		
Si mi marido es fiel, no estoy en riesgo de tener CACU.		
Yo fui vacunada contra VPH, ya no necesito condones.		
No necesito una prueba de Papanicolau cada vez.		
Tengo demasiados años, ya no necesito un Papanicolau.		
Mi prueba de Papanicolau fue anormal, lo que quiere decir que tengo cáncer.		
El cáncer cervical no tiene síntomas.		
Si soy diagnosticada con cáncer cervical, moriré.		
Tras finalizar el tratamiento, viviré preocupada por una reincidencia del cáncer.		
Para tratar el cáncer cervical debo tener una histerectomía.		
No podré tener hijos después de un tratamiento para CACU.		

a. **Material 1:** Matriz 1

b. **Material 2:** Links de los videos

Cáncer de cuello uterino: <https://www.youtube.com/watch?v=4yDJ9U53nZ8>

Historia de vida: <https://www.youtube.com/watch?v=9XOck--4VYc>

c. **Material 3:** Láminas

Lámina 1	Lámina 2
	
Lámina 3	
<p>Cuadro de Referencia Clínica para la Inspección Visual tras Aplicar Ácido Acético (IVA)</p> <p>IVA NEGATIVA</p>  <p>IVA POSITIVA</p>  <p>CÁNCER</p>  <p><small>Fuente : D. Sankaranarayanan, Daniel S. Wisley, Manual para el diagnóstico visual de las neoplasias cervicovaginales (Informe Técnico AS del CSIC) Disponible en: pres@femsa.fr (GAC/merit)</small></p>	

Si habría la posibilidad de contar con más tiempo, se sugiere revisar los siguientes videos:

Video Estratificación del CACU: <https://www.youtube.com/watch?v=Ck68V-fPwl78>

Video atención en salud del Departamento de La Paz: https://www.youtube.com/watch?v=iRau19Hk_lw

Ley 109: <https://www.youtube.com/watch?v=LC9eWDeu9sg>

Variaciones





Módulo 7

*Acompañando a adolescentes y
jóvenes en la construcción de la
Salud Sexual y Salud
Reproductiva*

Módulo 7: Acompañando a adolescentes y jóvenes en la construcción de la Salud Sexual y Salud Reproductiva

Objetivo: Lograr que padres y madres a partir del reconocimiento de su influencia en la vida familiar, fortalezcan el acompañamiento en el desarrollo integral de la SSySR de sus hijos e hijas.

Capacidades a fortalecer y/o desarrollar

- Las y los participantes:
 - Desarrollan y fortalecen habilidades crítico reflexivas y empáticas sobre las representaciones respecto a la adolescencia y juventud.
 - Reflexionan sobre la familia como un espacio clave, donde el tipo de comunicación, el ejercicio de poder, los roles y funciones de sus miembros influyen en la SSySR, de los hijos e hijas.
 - Desarrollan actitudes proactivas desde su rol, para orientar y acompañar el desarrollo de la sexualidad de los hijos e hijas.
 - Conocen y comprenden la participación juvenil como un derecho y un medio que puede contribuir positivamente en la SSySR.

Talleres Ejes de trabajo

1. ¿Quiénes son las y los adolescentes y jóvenes?

- La adolescencia como construcción social.
- Estereotipos sobre ser adolescente y joven.
- Representaciones sobre la adolescencia y juventud en la/os adultos.
- Similitudes y diferencias generacionales respecto a la vivencia de la adolescencia.

2. La familia en la vida de adolescentes y jóvenes

- La familia como un sistema.
- Identificación de los roles, límites, jerarquías y uso de poder en la familia.
- Estilos de crianza, elementos centrales.
- Actitudes positivas y negativas en la educación sexual desde la familia.

3. Acompañando en el desarrollo de la sexualidad saludable de NNAJ

- Principales problemáticas de padres y madres para afrontar la vivencia de la sexualidad de sus hijos e hijas.
- Principales preguntas de NNA: sugerencias y recomendaciones, para acompañar el desarrollo sexual de sus hijas e hijos, en cada etapa.

4. La Participación de Adolescentes y Jóvenes para mejorar la SSySR

- ¿Qué es participación juvenil?
- Ventajas y desventajas de la participación juvenil.
- Importancia de la participación juvenil.
- Adultos y adolescentes frente a la participación.
- Elementos que coadyuvan en la participación juvenil.

Tema 1

¿Quiénes son las y los adolescentes y jóvenes?

· Lectura de apoyo



La adolescencia y la juventud son dos etapas que paradójicamente son vistas como maravillosas y a la vez cuestionable por estar relacionadas con cambios constantes, rebeldía, inmadurez, etc., desde la mirada adulta. En consecuencia, se han creado estereotipos sobre cómo son las y los adolescentes y jóvenes.

Estudios sobre las representaciones sociales indican que los estereotipos simplifican la manera de ver la realidad, la distorsionan y pueden llegar a dificultar su mejora. Los estereotipos son creencias exageradas para justificar y racionalizar la conducta general e, incluso, las acciones contra personas o grupos sociales. Por su lado, los prejuicios son actitudes creadas y aprendidas de imágenes estereotipadas. El prejuicio sirve como una evaluación o valoración negativa y despectiva hacia una persona que pertenece a un grupo o hacia el grupo en general, lo que genera discriminación.

1. Estereotipos sobre las y los adolescentes y jóvenes

Muchas veces, la adolescencia es una etapa abordada a partir del recuerdo distorsionado que los adultos conservan de ella, o a partir de la producción literaria, cinematográfica y los mensajes de los medios de comunicación que refuerzan una imagen estigmatizada de la adolescencia y la juventud.

Los estereotipos y prejuicios sobre la adolescencia en una temprana etapa son muy peligrosas, ya que ponen en riesgo un elemento clave de esta etapa: la conformación de la identidad. El uso abusivo de estereotipos y prejuicios puede desencadenar en el etiquetaje social. Si continuamente un o una adolescente recibe opiniones y calificativos negativos, es probable que se termine asumiendo y viviendo según esa etiqueta.

Las consecuencias de los estereotipos y prejuicios sobre los y las adolescentes y jóvenes pueden resultar nocivas y provocar aislamiento, problemas escolares, abuso de sustancias, embarazos no deseados, etc.

i. Estereotipos sobre las y los adolescentes (12 a 17 años de edad)

Esteriotipos	Realidades
“Está en la edad del burro”	Es una idea popularizada a raíz de la incomprensión de los adultos a los cambios que implica la adolescencia, además, es usado como un calificativo de burla y/o de enojo. Hoy se cuentan con aportes científicos que permiten ser empáticos con esta etapa.
“Los adolescentes de ahora están perdidos, no es como nosotros éramos antes”	A la hora de la verdad, la etapa de la adolescencia de otras generaciones con las actuales, son muy similares. La dificultad es que no se hace el esfuerzo de analizar los contextos socioculturales y crear un espacio de dialogo intergeneracional.
“Los adolescentes son flojos y vagos”	Es otra idea generalizada que tiene poco fundamento que considera una sola forma de ser adolescente. En consecuencia, se pasa por alto los diferentes factores que influyen en el desarrollo y vivencia de la adolescencia y juventud (ej. niñez y adolescencia trabajadora, campesina, etc.).

“Los adolescentes de ahora solo piensan en sexo”	Esta idea se sustenta en los miedos de los padres y madres respecto a la vivencia de la sexualidad de sus hijos e hijas. Las y los adolescentes han demostrado que tienen muchos intereses, no solo en el sexo. Se debe reconocer que el “sexo” genera más curiosidad cuando no es abiertamente abordado por los padres y madres.
“Los adolescentes no saben tomar buenas decisiones”	Las y los adolescentes si pueden decidir, el dilema está en el tipo de decisiones que toman, lo que tiene mucho que ver con la información, la orientación y el acompañamiento que puedan recibir. Es importante reconocer que adolescentes y jóvenes tienen capacidad analítica crítico reflexiva. Su opinión cuenta.
“Los adolescentes ya no tienen respeto a los adultos, ni valores”	Los y las adultos tienen la creencia de que los adolescentes les deben respeto solo por ser mayores que ellos y ellas en edad. El respeto es una práctica que se da con el ejemplo y debe partir de los adultos hacia los y las adolescentes.

ii. Estereotipos sobre las y los jóvenes (18 a 24 años de edad)

Esteriotipos	Realidades
“Las y los jóvenes no se comprometen con lo social”.	Varios estudios demuestran que las y los jóvenes son parte de diferentes formas de participación social como la firma de peticiones, denuncias, asisten a manifestaciones, asumen representaciones y liderazgos de organizaciones juveniles e incluso son partes de organizaciones de adultos. Son promotores de transformaciones sociales.
«Los jóvenes son unos vagos. Ni estudian, ni trabajan...»	En Bolivia, así como en la región, hay una creciente población de jóvenes que están luchando por el derecho a estudiar y por empleos que les permitan acceder a una mejor vida. Según la UNESCO hay 1.200.000.000 millones de adolescentes en el mundo, la más grande cohorte en la historia de la humanidad, y la más educada y urbanizada. El 90% de ellos viven en países de bajos y medianos ingresos, y 125 millones viven en áreas afectadas por conflictos armados.
«Adolescentes y jóvenes fácilmente desvaloran su cultura y copian de afuera»	En Bolivia no existe una sola forma de ser joven. Hay jóvenes más arraigados a las costumbres de los pueblos originarios de donde provienen o con los que se identifican, así como hay otros sectores que son más modernos y exploran otras expresiones culturales. La cultura es dinámica y cambiante, vivimos la influencia de diferentes culturas pues vivimos en un mundo globalizado.
“Solo viven el momento”	Las y los jóvenes algunas veces son muy intensos, lo que los lleva a vivir experiencias sin tomar en cuenta los riesgos y consecuencias para sus vidas y su entorno. Las mismas se intensifican si tienen pocas condiciones y herramientas analítico reflexivas sobre sus decisiones y actos.

2. Adolescencia y juventud una construcción social

En general las nociones sobre la adolescencia y juventud, son construcciones sociales que obedecen a una multiplicidad de perspectivas, una serie de estigmatizaciones y estereotipos que han generado la exclusión de adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos.

Comprender a la adolescencia y juventud como una categoría socialmente construida, importa para poder asignarle un orden a la realidad. Se trata de construcciones que nos ayudan a comprender el mundo, las relaciones entre las personas, así como la niñez, la adultez y la vejez, cada una con diferentes perspectivas, expectativas y valores. Desde un punto de vista la juventud como tal no existe y lo que existe de ella es aquello que queremos que exista, es decir, aquello con lo que tratamos de darle un significado como sociedad.

La adolescencia y la juventud se construye a través de las relaciones, con los otros(as) con quienes le toca convivir, es decir, adultos(as), niños(as), ancianos(as), pero sobre todo su relación con la adultez, como referente de poder y hegemonía. En este sentido, el autor Balardini sugiere “El surgimiento del sujeto juventud, en tanto sector de población con características propias, es resultado del desarrollo de las fuerzas productivas en Occidente”. Aries citado por el mismo autor menciona “la juventud es el periodo destinado a la educación para la vida activa... El foco debe estar en la nueva relación histórica entre individuo y sociedad, que se desarrolló en el siglo XVIII... la construcción social de la juventud requería la aparición de otros conceptos: la familia o el espacio familiar y la infancia, verificables recién a partir del siglo XVII y solo en el seno de las clases altas durante su etapa inicial”.

En relación a los aspectos sugeridos por Balardini y Aries, destacamos que la adolescencia y juventud como construcciones sociales llevan existiendo alrededor de 300 años, en los cuales se han conceptualizado de diferentes maneras y se les ha otorgado diferentes valores, hasta llegar a los actuales. Sin embargo, es necesario comprender que estas pueden ser modificadas hacia las condiciones más positivas y que promuevan la participación e inclusión de las y los adolescentes y jóvenes.

Existen diferentes visiones y perspectivas, bajo las cuales desde el mundo adulto se trata de comprender y conocer la juventud:

- **Primera:** La juventud como una etapa de la vida. Por una parte, como una etapa distinguible de otras que se viven en el ciclo de la vida humana (infancia, adultez), y por otra, como una etapa de preparación de las y los jóvenes para ingresar al mundo adulto. Esta integración al mundo adulto no es solo consecuencia de la madurez señalada, sino de las posibilidades que cada joven tiene en la sociedad.
- **Segunda:** La juventud puede ser clasificable a partir de algunos parámetros, en especial el etario (ej. 10 a 19 años o de 15 a 24 años). En esta versión, se tiende a confundir lo netamente demográfico (la edad), con un fenómeno sociocultural que es lo juvenil como momento de la vida o como actitud de vida (actitudes, comportamientos, formas de pensar). Es decir, que a partir de la edad se asume (automáticamente) que los y las jóvenes se comportarán de determinadas maneras, piensan de cierta forma, se les asignará ciertas responsabilidades (e irresponsabilidades), sin considerar las especificidades y contextos del grupo social del que se habla.
- **Tercera:** La juventud en relación con un cierto conjunto de actitudes ante la vida. Hablando de la juventud para referirse a un estado mental y salud vital y alegre; se usa también para referirse a un espíritu emprendedor y jovial; también se recurre a ello para hablar de lo que tiene porvenir y futuro; en otras ocasiones se lo utiliza para designar aquello que es novedoso y actual, lo moderno es joven. Desde una mirada adulto céntrica, los y las adultas se conciben como las y los responsables de formar y preparar a las “generaciones futuras” para su adecuado desempeño de funciones en el mundo adulto, vale decir: como trabajadores, ciudadanos, jefes de familia, consumidores, etc.
- **Cuarta:** La juventud como la generación futura, es decir, como aquellos y aquellas que más adelante asumirán los roles adultos que la sociedad necesita para continuar su reproducción sin fin.

i. Similitudes y diferencias generacionales

La adolescencia de las madres y de los padres fue diferente a la de sus hijos e hijas porque son dos generaciones distintas. Esto debido a las diferencias de épocas que les ha tocado vivir, la educación recibida, el tipo de familia, el lugar, entre otros. Debido a ello, existe un desencuentro intergeneracional entre padres, madres

e hijos (as) que se refleja en las débiles relaciones y una brecha generacional que refuerza los prejuicios y limita el ejercicio de los DSDR de adolescentes y jóvenes.

Adultos y adultas tienen la idea o ideas de cómo deberían ser las y los adolescentes y jóvenes, y por su lado las y los adolescentes y jóvenes no siempre encajan en esos ideales. Por lo que es importante la empatía con los y las hijas en estas etapas, comprendiendo que los cambios biológicos - emocionales, los miedos, dudas y curiosidades también las vivimos nosotras/os.

El actual contexto en el que vivimos, nos demanda como adultos/as el entablar una comunicación más respetuosa y cariñosa, entendiendo que adolescentes y jóvenes pueden elegir su forma de vivir la vida, que pueden y deben tomar decisiones, para lo que necesitan, desde pequeños, herramientas para el manejo de emociones, el conocimiento y aceptación del cuerpo, la reflexión y análisis para la toma de decisiones con responsabilidad, más aún en su salud sexual y salud reproductiva.

Taller 1

¿Quiénes son las y los adolescentes y jóvenes?

• Objetivo

Desarrollar habilidades crítico reflexivas sobre las representaciones respecto a la adolescencia y juventud, comprendiendo que estigmatizar a este sector social refuerza brechas intergeneracionales y la vulneración de DSDR.

• Presentación y desarrollo

1. Se realizará el registro de participantes y dotación de las tarjetas por color de manera intercalada donde deberán poner sus nombres.

2. Se desarrollará la técnica de presentación "Me pica aquí". Todas y todos se colocan en círculo. La o el facilitador comienza diciendo: "Me llamo" (su nombre) y "me pica aquí" (indicando una parte de su cuerpo), la persona que sigue, dice ella se llama (...) y le pica aquí. Cada persona, antes de decir su nombre y la parte del cuerpo que le pica, tiene que decir el nombre de la persona que le antecede y rascarse la parte del cuerpo. Termina cuando todos y todas se hayan presentado.

3. Mediante la técnica de "El Foro Juvenil", la o el facilitador hará la invitación a un "Foro Juvenil" donde participará el presidente del país. Enfatizará que "es una gran oportunidad para mostrarle todo lo bueno que tienen los adolescentes y jóvenes, ya que el presidente ha estado dudando de esta población, pues le han estado diciendo que es la edad del burro, que son irresponsables, que no saben lo que quieren, que ya no tienen respeto ni valores". Pero, entonces ¿Cómo son? El presidente quiere conocer que es lo BUENO de ser adolescentes y jóvenes y, cuáles son sus diferencias con los niños(as) y los adultos(as).

4. Luego se conformará 5 grupos de acuerdo a los colores de las tarjetas de sus nombres. Cada grupo trabajará en base a una pregunta:

- **Amarillo - grupo 1:** ¿Cómo son físicamente las y los jóvenes y qué es lo bueno de ser así?
- **Celeste - grupo 2:** ¿Cómo piensan los y las jóvenes y qué es lo bueno de pensar así?
- **Verde - grupo 3:** ¿Qué actividades realizan las y los jóvenes y qué es lo bueno de su forma de llevar adelante esas actividades?
- **Rosado - grupo 4:** ¿Cómo se divierten las y los jóvenes y qué hay de bueno en eso?
- **Plomo - grupo 5:** ¿Cómo apoyarían al desarrollo del país, las y los jóvenes? y ¿Qué es lo bueno del apoyo que pueden dar?

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Tarjetas de cartulina de 5 colores diferentes (amarillo, celeste, verde, rosado y plomo), de 10 X 10 cm. (para los nombres)
- Ganchitos
- Masking
- Papelógrafos
- Marcadores
- Tijeras.

5. Cada grupo debe responder a las preguntas en los papelógrafos y luego preparar una presentación de su trabajo. La presentación es libre. Cada grupo puede elegir la mejor forma de convencer al Presidente (pueden utilizar un socio drama, una marcha, unos carteles, etc.). Lo importante es que su propuesta transmita el mensaje, con alegría y entusiasmo porque se trata de resaltar las cualidades positivas y propositivas de la adolescencia y juventud.

6. Para dar paso a las presentaciones, la o el facilitador anunciará que “el presidente pide disculpas por no asistir y que quién facilita queda como su delegado(a) responsable de registrar las propuestas y hacérselas llegar después del evento”.

7. Después de todas las presentaciones se realizará una plenaria con base a las siguientes preguntas:

- ¿Qué sintieron mientras hacían el trabajo y por qué creen que sintieron eso?
- ¿Qué ha sido lo más fácil o difícil de hacer este trabajo?
- ¿Qué aprendimos sobre la adolescencia y juventud?
- ¿En las comunidades percibimos más cualidades y características positivas o negativas sobre la adolescencia y juventud? ¿Por qué?
- ¿Qué diferencias y similitudes encontramos entre la adolescencia y juventud de ahora y la nuestra cuando teníamos la misma edad?
- ¿Desde el gobierno nacional, municipal y en nuestras comunidades se prioriza y toma en cuenta las problemáticas, necesidades y sueños de las y los adolescentes y jóvenes? Si/No ¿Por qué?

i. La adolescencia y juventud es una etapa de plenitud física, de emociones intensas, de descubrimiento, de energía, por el que todos y todas pasamos.

ii. La adolescencia y juventud son construcciones sociales en base a diferentes factores sociales, económicos y culturales, por lo que no podemos hablar de un solo tipo de adolescentes y jóvenes.

iii. Los estereotipos y las etiquetas sociales con los cuales nos referimos a adolescentes y jóvenes son muy negativos, ya que refuerzan la vigencia de los mismos y vulneran los DSDR.

iv. La importancia de reconocer las cualidades y potencialidades de la adolescencia y juventud para la construcción de una convivencia saludable y una construcción positiva de la SSySR.

• Ideas para la reflexión final



- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Evaluación del taller



Tema 2

La familia en la vida de adolescentes y jóvenes

• Lectura de apoyo



1. Familia, jerarquía, límites y roles

La familia no solo es el núcleo social, donde los individuos se forman de manera progresiva, es ante todo un ente vivo, dinámico, cambiante y definido a través de las individualidades de sus integrantes, de sus relaciones y sus objetivos. Las características familiares y de desarrollo, se encuentran influenciadas por las características de conformación de las unidades familiares, que a lo largo de la historia se han modificado, de acuerdo a las exigencias sociales y regulaciones socioeconómicas y políticas. Esto hace que exista una gran diversidad en las conformaciones familiares, más allá de la familia nuclear o tradicional.

i. Sistemas y subsistemas

La familia es un sistema, es decir, un conjunto de elementos que se relacionan y forman un todo; y que a su vez tiene subsistemas y forma parte de otros sistemas, por ejemplo, el subsistema marital, que protege la intimidad de la pareja, el subsistema parental, a través de cual la pareja asume su rol de crianza de los hijos(as), el subsistema de los hijos(as), diferenciado del de los padres generacionalmente y por sus roles.

Estos sistemas o subsistemas, dependiendo del punto desde el cual se haga el análisis, es decir, que un sistema puede a la vez ser parte de un sistema mayor, donde se convierte un subsistema y viceversa, por ejemplo, sociedad (sistema) – familia (subsistema), padres (sistema) – hijos/as (subsistemas), establecen jerarquías y límites, que sirven para ordenar el funcionamiento familiar.

• Jerarquía

La jerarquía hace referencia a los diferentes niveles en los que se organiza la familia, que define y se basa en la existencia de mayor y menor poder. Así el sistema de los padres (padre y madre), tiene mayor poder que el de los hijos e hijas, lo que le otorga mayor jerarquía, pero también existe una diferencia en la relación entre padre y madre, donde en un sistema patriarcal el padre podría tener mayor poder que la madre o en el sistema de los hijos(as), la primera hija o el primer hijo, podría tener mayor poder que los otros(as).

• Límite

Es el punto de contacto entre los componentes de la familia, entre los sistemas y subsistemas que existen al interior de la familia. Es la barrera entre el sistema y su entorno y la forma de relación, que puede ser más o menos flexible, dejar entrar más o menos a los otros/as o no. Por ejemplo, los padres de acuerdo a sus roles tienen control sobre ciertas tareas como la crianza y el cuidado de los hijos/as, al inicio, cuando los hijos(as) son pequeños(as), las decisiones prácticamente no se consultan, pero según van creciendo los hijos e hijas, pueden tener mayor participación en algunas decisiones (comprar ropa, horarios, deberes, premios y sanciones), aunque la última decisión siempre estará en los padres (padre y madre), lo que hace que existan límites flexibles, pero también otros más rígidos como por ejemplo aquellos que tienen que ver solamente con la continuidad de la pareja o el trabajo de los padres, donde los hijos(as) no participan o su participación es mínima.

- **Posiciones, normas y roles**

La posición es el lugar que ocupa un actor en un sistema de relaciones, las posiciones en la familia pueden ser padre, madre, hija, hijo, hermano, hermana.

Las normas, son las reglas sociales que gobiernan el comportamiento grupal o individual, de acuerdo a la edad (lo que se espera que se haga a cierta edad, comer solo(a), asear el cuarto), o de acuerdo al tiempo o época de desarrollo secuencial (estudiar, salir profesional, tener pareja, trabajar, casarse) o en combinación con otras instituciones (reconocimiento de derechos, mayoría de edad, acceso a beneficios, bonos, por ejemplo).

El rol familiar, son las normas asociadas a las posiciones de acuerdo al parentesco, por ejemplo, el papel del cuidado de la madre a su hijo(a) bebé, es diferente al cuidado que le brinda cuando es adolescente o joven.

Todos estos elementos hacen que las familias funcionen y resuelvan situaciones problemáticas, así como que se desarrollen. De la integración de todos estos elementos, se generarán también estilos familiares que les brindan identidad a las personas y a las familias y que definen sus formas de relaciones con otras familias, con personas de otras instituciones como la escuela. Es importante comprender, que de la interacción de estos componentes se generará un estilo familiar. Aquí es de vital importancia comprender que en el caso de las y los jóvenes este funcionamiento y articulación debería estar orientado hacia la generación de mayor autonomía progresiva, es decir, que la familia debería ayudar a tener personas autónomas (a través del desarrollo de sus habilidades y potencialidades), es decir, que se autogobiermen y se auto conduzcan, integrándose de manera productiva en la sociedad (entendiendo esta manera productiva basada en la autorrealización y el amor, dentro del marco del reconocimiento, legitimación y aceptación individual de los y las demás).

2. Estilos de crianza

El comportamiento de las hijas e hijos dependerá del tipo o estilo de familia que tenga. El estilo de crianza es la manera como las madres y los padres se relacionan con cada uno de sus hijas e hijos en diferentes aspectos: como demuestran afectos y cariño, la forma de establecer límites, el estilo de comunicación que predomina, el tipo de disciplina, la manera en que les transmiten ideas o valores y el tipo de actividades que comparten con ellas y ellos el cual será determinante para su desarrollo posterior.

i. Tipos de estilos de crianza

Existen ciertas regularidades a lo largo del tiempo en la forma de criar a las hijas e hijos los cuales les llevan a actuar de una forma similar la mayoría de las veces. Es a partir de ello que se han identificado por lo menos tres tipos de estilos de crianza: el estilo autoritario, el estilo permisivo y el estilo democrático.

a. **Estilo autoritario:** Se caracteriza por considerar escasamente las peticiones de los hijos e hijas y por no responder a sus demandas, a la vez que combinan estas acciones con poco efecto y altos niveles de control. Es propio de este estilo el que aparezcan conductas de privaciones junto con las de coerción verbal y física. Los padres y madres que podemos incluir en este grupo no consideran al hijo como parte del proceso disciplinario, ni dan pie a interacciones bidireccionales en la resolución de conflictos entre ellos. Esta postura manifiesta indiferencia por parte de los padres hacia las iniciativas y actuaciones infantiles.

b. **Estilo permisivo:** Las madres y padres permisivos evitan hacer uso de control, utilizando pocos castigos y muestran una excesiva concesión en las demandas de los hijos. Se muestran tolerantes y tienden a aceptar positivamente los impulsos del niño(a). Por otra parte, no presentan demandas madurativas hacia los hijos

e hijas, quizá por la escasa implicación de estos padres en la crianza infantil. Su estilo comunicativo es poco efectivo, unidireccional, considerando las iniciativas y argumentos infantiles.

c. **Estilo democrático:** El estilo democrático es el estilo de la negociación. Son padres que responden a las demandas y preguntas de sus hijos(as) mostrando atención e interés. Las madres y padres democráticos explican a sus hijos e hijas las razones de las normas que establecen, reconocen y respetan su independencia, negociando con ellos y tomando decisiones en conjunto. Presentan una tendencia a promover los comportamientos positivos del niño(a) más que a inhibir aquellos no deseados. Las normas que imponen están adecuadas a las necesidades y posibilidades de los hijos, con límites claros que mantienen de modo coherente, exigiendo su cumplimiento.

3. Actitudes positivas y negativas de las familias en la educación sexual

Actitudes Positivas	Actitudes Negativas
<p>Modelo conyugal Se trata de una familia estable que tiene adecuados vínculos afectivos, cuyos miembros se valoran, garantiza un desarrollo sano, libre y sexualmente responsable.</p>	<p>Callarse y no hablar de sexualidad Es una actitud negativa y puede provocar confusión en las niñas, niños y adolescentes, quienes pueden sentir temor, provocando que la sexualidad se convierta en un tabú.</p>
<p>Buena comunicación La buena relación y el diálogo entre la madre y el padre con los hijos/as son fundamentales para encarar la sexualidad en forma saludable. Es importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las reglas son necesarias, pero deben darse en un clima de confianza y evitar que deriven de la rebeldía de los hijos(as). - Ser firme en el cumplimiento de las reglas. - Compartir tiempo con los hijos e hijas. - Escuchar atendiendo sus emociones y sentimientos. - Cuando se necesite corregir, hacerlo en privado. - Evitar quitarse la autoridad delante de los hijos/as. - Evitar eludir su responsabilidad en algún conflicto. 	<p>Adelantarse a su madurez sexual Algunos padres y madres se adelantan a la sexualidad de sus hijos e hijas, incitándoles a conocer o realizar cosas para las que aún no están preparados (cuando los padres llevan a sus hijos adolescentes a prostíbulos para iniciarlos sexualmente, bajo la creencia de que se hagan hombres o cuando las mamás las visten como adultas siendo niñas). La información debe ser dosificada según la etapa de desarrollo.</p>
<p>Relación afectiva Significa aceptar a los hijos(as) por lo que son y no por lo que tienen o hacen. La niña(o) no debe ganarse el amor de su padre o madre. El dar amor no debe depender del comportamiento de los hijos e hijas.</p>	<p>Hablar con falsedad e incoherencia En ocasiones, los padres y madres ocultan o mienten cuando hablan de sexualidad con sus hijos e hijas, quienes tarde o temprano se darán cuenta del engaño y perderán la confianza que tenían con sus padres.</p>
<p>Fomentar su autoestima Fomentar el valor y la aceptación por uno mismo desde que nace. Sentirse amado es un derecho fundamental en el desarrollo de las niñas, niños y adolescentes.</p>	<p>Inseguridad y temores acerca del comportamiento sexual futuro de las hijas e hijos Es un temor que puede repercutir en las acciones y actitudes de parte de los padres hacia los hijos/as. Es mejor brindar una educación sexual integral que los preparará para enfrentar positivamente su futuro.</p>
<p>Contacto físico adecuado El amor y una buena comunicación se expresan a través de un adecuado contacto físico (abrazos, caricias y besos respetuosos). Con el afecto estimula la confianza y autoestima.</p>	<p>Burlarse de las actividades sobre la sexualidad Las madres y padres deben evitar señalar las actitudes y los comportamientos sexuales como si no tuvieran importancia o burlándose de ellos, y menos frente a otras personas.</p>

<p>Aceptar el sexo biológico de la niña o niño Mujeres y hombres tienen el mismo valor. Ninguno de los sexos es superior al otro. Aun hoy en día hay familias que esperan que la wawita sea varón. Ese es un error.</p>	<p>Mantener conceptos falsos sobre sexualidad La mayoría de adultos/as tienen mitos y creencias falsas sobre el sexo y la sexualidad. Los papás y mamás deben ponerse de acuerdo respecto a la información sexual que darán a sus hijos e hijas. Además, deben buscar información actualizada y fiable.</p>
<p>Aceptar el cuerpo como algo natural Todos, las madres y padres, deben aceptar y hablar con naturalidad sobre todas las partes del cuerpo, incluidos los órganos sexuales y sus funciones. Esto permitirá que los hijos/as acepten y hablen con naturalidad sobre sus propios cuerpos.</p>	<p>Factores de riesgo Existen situaciones familiares que pueden interferir en el desarrollo adecuado de la sexualidad de la niña, niño o adolescente: los conflictos de pareja, familias con historia de prostitución, alcoholismo y drogadicción, la mala relación entre madre e hijos/as o entre el padre y los hijos/as, la inmadurez en madres y padres que no asumen adecuadamente su rol parental, la relación que se caracteriza por la rigidez con uso excesivo de castigos físicos y psicológicos, y otros.</p>
<p>Formar valores y no solo brindar información biológica Educar en valores, practicarlos y construirlos a través de las actitudes del hogar. No deben ser impuestos. Se educa con el ejemplo.</p>	

Taller 2

La familia en la vida de adolescentes y jóvenes

• Objetivo

Reflexionar sobre la familia como un espacio vivo y dinámico, donde el estilo de crianza, las jerarquías, el ejercicio de poder, los roles y funciones de sus miembros, intervienen en la SSySR de adolescentes y jóvenes.

Presentación y desarrollo

1. Se hará el registro de participantes y dotara de las tarjetas, donde pondrán sus nombres.

2. Se iniciará con la técnica de presentación “La telaraña” para ello se entregará a uno de los o las participantes un ovillo de lana. La persona que recibe la punta del ovillo debe decir su nombre, su estado civil, si tiene hijos y cuántos son y la actividad que más le gusta hacer con su familia, luego esta persona (agarrando la punta de la lana) lanzara el ovillo a otra persona, quien a su vez debe presentarse de la misma manera. La acción se repite hasta que todas y todos los participantes quedan enlazados en una especie de tela de araña. Una vez que todos se han presentado, quien se quedó con el ovillo debe regresársela a aquel que se la envió hasta volver hacer el ovillo.

3. Se inicia el desarrollo del tema con la técnica “Lluvia de ideas”, a partir de la presentación de 6 láminas (ver material 1) sobre familias que los y las participantes deben identificar y dar su opinión. A la presentación de cada lámina se acompaña con las siguientes preguntas:

- ¿Es una familia? Si/No Y ¿Por qué?
- ¿Cuántas familias conocen con esas características?
- ¿Por qué creemos que son así las familias?
- ¿Qué otros tipos de familias hay o conocemos?

4. Para cerrar esta parte, la o el facilitador, en base a las opiniones de los y las participantes presentará la definición de familia y enfatizará que hay una diversidad de familias.

5. Luego, se desarrolla la técnica “El mejor estilo” (ver material 2), donde la o el facilitador procederá a leer 3 historias. A la conclusión cada historia se preguntará:

- ¿Qué les llama la atención de esta historia?

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Ovillo de lana
- Láminas con imágenes de familias
- Tarjetas para nombres
 - Ganchitos
 - Masking
 - Papelógrafos
 - Marcadores
- Computadora portátil
 - Data Display
 - Parlantes

- ¿Qué es lo positivo o negativo de esta historia?
- ¿Conocemos historias o casos parecidos en nuestras familias, amistades o en la comunidad? ¿Qué opinamos?

6. Luego de haber trabajado las 3 historias, se realizará un análisis colectivo, a partir de:

- ¿Quién manda en cada historia? ¿Por qué?
- ¿Cómo ejerce este poder?
- ¿Cómo responden los integrantes al poder y las reglas de comportamiento de cada familia?
- ¿Cómo se definen las reglas de comportamiento de los integrantes?
- ¿Cuál historia nos parece mejor para relacionarnos con nuestras hijas e hijos? ¿Por qué?

7. Con la finalidad de fortalecer los conocimientos aprendidos, se reproducirá el video “Estilos de crianza” (ver material 3). Se promoverá en análisis sobre ¿Cómo estos estilos de crianza influyen en la vivencia de la sexualidad de los hijos e hijas en su desarrollo?

- No existe un solo tipo de familia, sino muchos tipos de familias.
- La forma en que los papás y las mamás crían a sus hijos e hijas tiene consecuencias que pueden ser muy positivas o muy negativas para el desarrollo físico, emocional y de la sexualidad de sus hijos e hijas.
- Las familias tienen una estructura que define la jerarquía, los roles, las normas y el ejercicio del poder de las y los miembros de las misma.

- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

a. **Material 1:** Se elaborará seis láminas con imágenes de familias: Familia nuclear, familia troncal, familia monoparental, parejas homosexuales, familia mixta y familia extensa.

b. **Material 2:** Historias para trabajar los estilos de crianza

• Ideas para la reflexión final



• Evaluación del taller



• Material de apoyo



“Mi hijo Enrique”

Carmen es una madre soltera muy cariñosa y amable. Tiene un hijo llamado Enrique. Es el niño de sus ojos. Fabiola ha querido darle siempre todo a Enrique, ya que siente tristeza porque él no tiene su padre.

Enrique desea ser el mejor alumno de su clase, pero no se esfuerza mucho. Su madre trata de ayudarlo en todo. Enrique llega del colegio y no siempre se pone a estudiar después de almuerzo. Se distrae viendo la tele o jugando con el celular. Así pierde valioso tiempo. Cuando su madre llega del trabajo, lo encuentra sin haber terminado sus tareas y como lo quiere tanto, se pone a ayudarlo, aunque este muy cansada.

“El camino de Fabiola”

Fabiola llega del colegio. Entra a su casa y tiene que atravesar un camino angustioso hacia su cuarto. Además, ese día le entregaron un examen del colegio. Su cuarto es el único lugar donde se siente más protegida y libre.

Avanza rápidamente y al pasar por la puerta de la habitación de su papá escucha un llamado y le ordena que se acerque. El padre, sin mirarle le pregunta: ¿Cómo te fue en el colegio? A lo que Fabiola responde que bien. Fabiola continúa su camino. Su madre que está en la cocina sirviendo la comida, le llama con un grito: ¡Fabiola! Ella responde si mamá. La madre le pregunta: ¿Cuánto sacaste en tu examen? Y Fabiola contesta tímidamente que saco 60. Pero su padre que estaba escuchando la vuelve a llamar. Y le pregunta: ¿Hoy tuviste un examen? ¿Y qué nota sacaste? Fabiola, con la voz entrecortada le dice que 60. El padre le reclama que la nota es muy baja y que no es aceptable, ya que en la casa no se acepta la mediocridad y que él se esfuerza mucho trabajando y trayendo la comida para que su hija tenga tan baja nota. Muy enojado le dice que está castigada por lo que no puede ver a sus amigas y amigos, ni ver su programa preferido en la tele.

¡ Acuerdos que cuentan!

Doña María y don Juan, son una pareja medianamente joven con dos hijas y dos hijos. El hijo mayor es Carlos tiene 14 años, el resto de sus hermanos son aún pequeños. Un día doña María entro sin avisar a la sala donde Carlos hacia su tarea, cuando lo encontró viendo fotografías de mujeres desnudas en el celular, madre e hijo se asustaron, tal vez más la madre que solo atino a enojarse y decirle que deje de hacer eso y se ponga a hacer su tarea.

Cuando llego Juan del trabajo, María le contó lo sucedido y Juan también se asustó, ambos se preguntaron ¿y ahora qué hacemos? María recordó, que una vez paso unos talleres sobre DSDR, se acordó del facilitador, por lo que decidieron ir a buscar información. El facilitador pudo brindarles la orientación necesaria, por lo que María y Juan han decidido tener una conversación con su hijo Carlos, para explicarle lo que estaba pasando en la adolescencia. También aprovecharían para acordar algunas reglas y sanciones, pues Carlos también ha estado incumpliendo con sus responsabilidades escolares y de la casa.

c. Material 3: Link de video

Estilo de crianza: https://www.youtube.com/watch?v=M7qSYKkqS_o

Tema 3

Acompañando el desarrollo de la sexualidad saludable de NNAJ

• Lectura de apoyo



1. Mitos en torno a la sexualidad de niños, niñas y adolescentes

Generalmente en la población adulta, existen muchos mitos y creencias de la sexualidad de los niños, niñas y adolescentes, los mismos que, a través de nuestros diferentes roles como adultos, no nos permiten encarar la educación integral de la sexualidad desde nuestros hogares, escuelas y comunidad. Algunos mitos son:

• MITOS Y CREENCIAS	• VERDAD
1. Las niñas y niños no saben nada de sexualidad.	Todos los hombres y mujeres desde que nacemos vivimos nuestra sexualidad hasta el último día de nuestras vidas. Niños y niñas si viven su sexualidad y van desarrollándola a medida que crecen.
2. Mi niño o niña no tiene conductas sexuales.	Los niños y niñas tienen conductas sexuales que se manifiestan según la etapa de su desarrollo.
3. Si se habla de sexualidad a los niños y las niñas, se despertará su curiosidad.	Hablar sobre sexualidad a los hijos/as, posibilita canales de comunicación e información confiable según la etapa de desarrollo. Además, se posibilita la prevención de situaciones de violencia sexual.
4. Los niños y niñas son puros e inocentes.	Es una idea promovida desde la religión. Los niños y niñas aún no son conscientes de cómo sus acciones afectan a otros. Son impulsivos y dicen lo que sienten, de ahí que les cueste mentir o guardar secretos.
5. Los niños, niñas y adolescentes tienen que esperar a ser mayores para hablar de sexualidad.	Esta espera es un error que repercutirá negativamente en la vida de los niños, niñas y adolescentes. La información abierta y respetuosa contribuye al desarrollo de una sexualidad plena y saludable.
6. Los niños, niñas y adolescentes no pueden hacer nada por si solos(as).	Los niños, niñas y adolescentes pueden hacer muchas cosas solos. Como adultos nos toca acompañar sus aprendizajes y prácticas de vida, para que forjen su autonomía y toma de decisiones responsable.
7. Las niñas y niños son débiles, fácilmente pueden dejarse llevar por el "mal camino".	Por el mismo hecho de que niños, niñas y adolescentes están en un proceso de desarrollo biológico, emocional e intelectual, pueden ser personas influenciables, de ahí la importancia que como adultos podamos brindar información objetiva que permita la toma de decisiones.
8. Las niñas y niños naturalmente sienten vergüenza cuando se habla sobre sexualidad.	Sentir vergüenza al hablar sobre temas de sexualidad no es natural. La vergüenza surge cuando el niño o la niña han recibido información con filtros (ideas como buena o mala, sucia, prohibida, etc.).

9. Los temas de sexualidad son complejos para las niñas y niños.	Los niños y niñas pueden ir recibiendo información según a las necesidades de cada etapa de su desarrollo. Este es el criterio de la educación sexual integral.
10. Las mamás y papás siempre saben que es lo mejor para sus hijos e hijas.	Muchas veces mamás y papás podemos equivocarnos respecto a lo que es lo mejor para nuestros hijos/as, por ello es importante informarnos sobre educación sexual integral, a fin de transmitir conocimientos claros y útiles.
11. Las niñas y niños que no hacen preguntas sobre sexualidad no sienten curiosidad.	Los niños y niñas están en una etapa donde sienten curiosidad por todo lo que les rodea y ven, pero no siempre preguntan al respecto, puede ser por temor o porque ya tienen la información de otras fuentes.
12. Es mejor esperar a que las niñas y niños pregunten sobre sexualidad para hablar.	Muchas veces porque niñas, niños y adolescentes por los mensajes de su entorno, ya han asumido que hablar sobre sexualidad es prohibido, por lo que difícilmente nos harán conocer sus dudas. Es mejor dar el primer paso.
13. Niñas, niños y adolescentes que hablan sobre sexualidad son mal educados/as.	Ningún niño o niña que hable sobre sexualidad es mal educado porque hablar de este tema es importante para el desarrollo positivo de la sexualidad de las personas. En todo caso, la persona que está mal es la que tiene este prejuicio.
14. Los niños y niñas que hablan de sexualidad son "muy despiertos" para su edad.	Varios estudios han comprobado que hablar de sexualidad a los niños y niñas según a las necesidades de cada etapa los fortalece y les brinda tranquilidad sobre las experiencias que están viviendo.

2. La educación integral de la sexualidad (EIS), una tarea urgente

Según el UNFPA, "La EIS holística y humanista es el proceso intencional, gradual y sistemático de enseñanza y aprendizaje sobre los aspectos cognitivos, emocionales, biológicos y sociales de la sexualidad humana, que se sustenta en currículos formales y no formales de calidad, impartidos por educadores y otros actores sociales sensibilizados y formados al respecto. Aspira a proveer a niñas, niños, adolescentes y jóvenes con los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderen para vivir la sexualidad de modo auténtico, saludable, enriquecedor y responsable, y desarrollar relaciones interpersonales sociales y sexuales basadas en el respeto de los derechos humanos, la equidad social y de género, el respeto de la diversidad en todas sus formas, la solidaridad, la paz y la justicia, en el marco de la construcción de una ciudadanía democrática".

Este concepto nos permite comprender que la EIS también la podemos asumir como padres, madres de familia, tutores y tutoras de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, sin embargo, a veces pesa más la vergüenza de hablar sobre sexualidad y algunas problemáticas que tienen que ver con:

i. ¿Cuándo comenzar con la educación sexual de los hijos e hijas?

La EIS comienza desde que estamos en el vientre materno. En el embarazo los mensajes deben transmitir

cariño y protección de parte de ambos padres. Durante la infancia, niñez y adolescencia debe orientarse al conocimiento y aceptación de su cuerpo. Tener presente que las wawas aprenden más del ejemplo.

ii. ¿Qué temas de sexualidad podemos enseñar a nuestras hijas e hijos?

Todo el tiempo y sin darnos cuenta estamos enviando mensajes sobre la sexualidad por lo que es importante hacerlo conscientemente. Los temas pueden ser: 1) Las partes (sus nombres específicos) y funciones del cuerpo. 2) El cuidado, higiene y respeto del cuerpo. 3) Los cambios durante la pubertad. 4) La afectividad. 5) La autoestima. 6) Las relaciones de género. 7) La orientación sexual. 8) El uso de MAC. 9) Las relaciones sexuales, 10) Los DSDR. 11) Valores para el ejercicio de la ciudadanía.

iii. ¿Cuáles son los mejores momentos de aprendizaje de la sexualidad en familia?

Uno de los momentos clave es cuando los hijos e hijas realizan sus preguntas sobre sexualidad. Pero no es el único momento. Durante su crecimiento se pueden generar otros momentos para de hablar de sexualidad, como ser:

- Comentando experiencias de otras personas (parientes, amigos, etc.).
- Viviendo el embarazo o el nacimiento de una wawa en la familia.
- Cuando accidentalmente nos vieron cambiarnos de ropa o teniendo relaciones coitales; cuando nos damos un beso de pareja.
- Cuando se descubre a un adolescente masturbándose; o en la primera menstruación.
- Leyendo noticias o artículos de periódicos o revistas.
- Mirando programas de la televisión o películas. Escuchando música.
- Viendo páginas de internet. Durante o después de ir al médico.
- En el trabajo, el campo, la chacra, un paseo recreativo, etc.

iv. ¿Cómo pueden los padres y madres capacitarse adecuadamente para orientar sobre EIS a sus hijos e hijas?

Así como padres y madres priorizamos la educación escolar y académica de nuestros hijos/as para un mejor futuro, así también debemos comprender la EIS. Para aprender y/o fortalecer nuestros conocimientos, podemos buscar información y orientación en:

- Los Centros de Salud. Capacitaciones que realizan instituciones públicas y ONGs.
- Leer, escuchar o ver noticias y reportajes referentes a la sexualidad de los NNAs.
- Participar en ferias educativas sobre sexualidad que realizan los Centros de Salud e instituciones responsables de la temática.
- Conformar grupos de apoyo entre padres y madres para acompañarse y orientarse a partir de experiencias vivenciales.

3. Acompañando el desarrollo de la sexualidad desde los hogares

A continuación se brinda información y acciones para asumir la EIS desde el rol de padres, madres y tutores, esto considerando la etapa prenatal, neonatal, niñez temprana, niñez intermedia y adolescencia.

a. Etapa prenatal

Esta etapa tiene que ver con la relación sexual entre un hombre y una mujer, la fecundación del ovulo, la implantación del cigoto. Al llegar al tercer mes se llama feto y continuará su desarrollo durante nueve meses hasta el momento del nacimiento. A los 9 meses, la mujer está preparada para el parto que consiste en la expulsión de la wawa por el conducto vaginal o mediante la cesaría.

Sugerencias y recomendaciones

- Para lograr un buen desarrollo de la wawa, la madre debe tener una dieta balanceada y nutritiva.
- El ambiente familiar debe ser tranquilo y cariñoso hacia la mujer embarazada, ya que es fundamental para el desarrollo psicoafectivo de la wawa.
- Es importante realizar los controles prenatales para prevenir cualquier complicación.

b. Etapa neonatal

La wawa nacida comenzará a experimentar todo el medio ambiente y desarrollará sus sentidos. Es una etapa de muchas experiencias para la wawa y para los padres.

Sugerencias y recomendaciones

- Los padres y madres pueden estimular el desarrollo de la wawa a través de la observación de los colores, los tamaños y las formas, etc., lo que se conoce como estimulación temprana.
- La wawa debe recibir mucho afecto y cariño lo que permitirá que sienta seguridad, confianza y protección, siendo estos la base de su autoestima en el futuro. Las wawas que han recibido cariño crecen y aprenden rápido.
- Es fundamental que la alimentación de las wawas sea a través de la leche materna por sus nutrientes indispensables para un buen crecimiento. Además, la lactancia genera un vínculo afectivo entre la madre y su wawita. En consecuencia, la madre debe también llevar una alimentación buena y sana.
- En muchas ocasiones, las wawitas descubren que al tocar sus genitales experimentan placer y esto es algo normal, sin embargo, algunos padres y madres se ríen, otros se sorprenden, otros ignoran el hecho, otros se alarman. Lo importante es entender que estos actos son totalmente normales.

c. Etapa de la niñez temprana (de 1 a 5 años de edad)

En esta etapa los niños y niñas desarrollarán su físico, su lenguaje, aprenden a leer y escribir. Es una etapa de preparación para el ingreso a la escuela. Es en la familia y luego la escuela, donde se forman los valores de la cultura y donde adquirirán los conocimientos necesarios para su formación.

A los 2 a 3 años de edad, tienen gran curiosidad por las diferentes partes de su cuerpo, no solo de sus genitales y descubren que existe un placer genital. De inicio el juego con los genitales es solitario, pueden darse frotamientos manuales, con almohadas o juguetes. Después aparecen juegos comunitarios a partir de la imitación de roles como el doctor y la enfermera, el papá y la mamá, etc., cuyo único objetivo es conocer las diferencias anatómicas entre un sexo y otro. A raíz de ello, muchos padres y madres cometen el error de prohibir la exploración de los genitales con frases como “no te toques”, “cochina o cochino”, “es sucio”, cuando en realidad la exploración que hace la niña o el niño de su cuerpo es normal.

Generalmente, a partir de los 4 años de edad, los niños y las niñas identifican la diferencia entre sexo masculino y femenino. A la vez, los niños y las niñas comienzan a adquirir los roles de género que les transmiten los adultos.

Sugerencias y recomendaciones

- Estimular la imaginación y creatividad de niños y niñas a través de distintos juegos, que no caigan en el estereotipo de género.

- Es importante enseñar los nombres correctos de todas las partes del cuerpo, incluyendo los genitales “pene” o “vagina”. Es importante comprender la curiosidad respecto al cuerpo como algo muy natural.
- Enseñar que nuestros genitales son partes íntimas a ser cuidadas y respetadas. Entender que los niños y las niñas son seres sexuales, ayuda a superar los temores.
- Debemos reflexionar y ser conscientes a cerca del ejemplo que damos con nuestro comportamiento. Debemos enseñar que mujeres y hombres tenemos los mismos derechos y responsabilidades.

d. Etapa de la niñez intermedia (de 6 a 11 años de edad)

Se da el ingreso de la niña o el niño a la escuela, lo que va permitir que desarrolle sus relaciones sociales con otras niñas y niños de su misma edad. Se influirá en el desarrollo de su inteligencia, a través de la práctica de su capacidad de memoria, atención, percepción, razonamiento, etc.

Es una etapa de muchas curiosidades, por lo que constantemente realizan preguntas como ¿De dónde vienen los niños, ¿Por qué mi mamá y papá se dan besos en los labios? ¿Por qué mi mamá tiene sus pechos agrandados? ¿Cómo se tienen relaciones sexuales?, ¿Por qué los adultos tienen vergüenza cuando están desnudos?, ¿Puedo tener hijos?, ¿Por qué crecemos?, entre muchas otras más, que no siempre reciben respuestas adecuadas, por lo que la poca información que reciben es dada por sus pares o es producto de mensajes distorsionados que reflejan los medios de comunicación, las películas, las novelas, etc.

En esta etapa suele darse el sentimiento de agrado o desagrado hacia una compañera o compañero de la escuela, lo que los llevará a sentirse atraídos(as) hacia una persona. Las ideas que los niños y las niñas vayan formándose sobre el sexo se basan en la observación de la conducta de sus madres y padres, por lo que se debe reflexionar acerca del ejemplo que se va dando con la forma de ser y de comportarse.

Sugerencias y recomendaciones

- Se deben atender y responder todas las preguntas que los niños y niñas tienen, con naturalidad y honestidad en un ambiente de confianza. Reconocer que no se tiene información adecuada es mejor a brindar una información distorsionada o que se transmite de generación en generación.
- Se deben entender y respetar las opiniones y los sentimientos de sus hijas e hijos.
- Si queremos que nuestras wawas desarrollen su sexualidad plena y saludable, debemos comenzar superando nuestro propio temor al tema. La empatía en este proceso es fundamental.
- A partir de los 8 años o antes, se puede informar sobre los cambios que ocurrirán en la pubertad, tanto en varones como mujeres, con la finalidad de que vivencien ese periodo con naturalidad y confianza.

e. Etapa de la adolescencia (de 12 a 15 años de edad)

Esta etapa inicia la pubertad (entre los 11 a 15 años) a través de los cambios físicos, hormonales, psicológicos y emocionales. A nivel físico en las mujeres: crecen los pechos, se ensanchan las caderas, etc.; en los varones: cambia la voz, se ensanchan los hombros, etc. Además, está el crecimiento de los genitales en ambos sexos.

Entre los cambios psicológicos y emocionales están: los cambios de estados de ánimo, la preocupación por ser aceptado, el interés por otras personas de su misma edad, inseguridad con su cuerpo, etc.

En esta etapa, inicia la atracción por personas del sexo opuesto (o del mismo). Experimentando así las relaciones de enamoramiento, donde se eleva la preocupación por su apariencia física y la vestimenta. Otro aspecto es que, sus comportamientos tienden a depender de las opiniones de sus compañeros(as), amigos(as), o sea el grupo al cual pertenecen, de donde surge la presión de grupo que conlleva dificultades.

Las y los adolescentes buscan mayor autonomía, quieren empezar a tomar sus propias decisiones (proceso natural). También se da que, por primera vez, empiezan a juzgar a sus madres y padres lo que es útil pues demuestra un signo de maduración.

Al iniciar su actividad sexual, las y los adolescentes por información distorsionada, por la presión de pares o la falta de orientación, se ponen en riesgo de tener ITSs, un embarazo no deseado u otras problemáticas.

La auto estimulación o masturbación es una actividad que se descubre en esta etapa, y que debiera ser entendida como una actividad normal y necesaria para aprender de las sensaciones de su cuerpo y como ejercer control de ellas; también es la prueba de que su órgano sexual está presente y funcionando, a la vez que constituye un medio para liberar su deseo sexual. El riesgo se da cuando hay una práctica adictiva que puede desencadenar problemas de salud. Por otra parte, algunos adolescentes, encuentran interesante la pornografía, cuyo problema es que distorsiona las relaciones sexuales, lo que puede generar adicción a este tipo de contenido y frustración con sus experiencias sexuales. Por otra parte, refuerza el delito de la violencia sexual comercial que a nivel mundial se traduce en trata y tráfico de niños, niñas, adolescentes y mujeres.

Sugerencias y recomendaciones

- Como adultos/as debemos hacer el esfuerzo por recordar cómo vivimos nuestra sexualidad en esta etapa, tener presente las experiencias, mensajes y personas que nos generaron vergüenza. La pregunta es ¿Queremos que nuestros hijos/as vivan las mismas experiencias y sentimientos?
- Es importante el acompañamiento al desarrollo de esta etapa, mediante el diálogo, la confianza y la comprensión, brindando información clara que promueva la autonomía y toma de decisiones.
- Respecto al enamoramiento, corresponde una actitud empática y de acompañamiento, la prohibición y los castigos por esta experiencia natural, puede ser muy contraproducente para padres e hijos/as.
- Debemos comprender que lo que para nosotras/os adultos pueda resultar ínfimo o sin relevancia, para las y los adolescentes puede constituirse en motivo de crisis existencial, frente a lo que debemos poner el máximo esfuerzo por ser empáticos y comprensivos para brindar una mejor orientación.
- Compartir desde nuestras propias experiencias de vida respecto a nuestra sexualidad, los miedos, riesgos, logros y consecuencias vividas, a veces resulta mucho más pedagógico que solo hablar desde lo que se

Taller 3

Acompañando el desarrollo de la sexualidad saludable de NNAJ

• Objetivo

Desarrollar actitudes proactivas desde el rol de padres, madres y personas adultas del entorno inmediato, para orientar y acompañar el desarrollo de la sexualidad de niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

• Presentación y desarrollo

1. Se realizará la presentación con la técnica “Soy wawita”, para ello las y los participantes forman un círculo. La o el facilitador entregará la wawita a una persona quien deberá ponerle por nombre su mismo nombre y darle unas palabras de cariño, luego, pasará la wawita a la persona de su lado derecho. Se termina cuando todos se hayan presentado.

2. La o el facilitador recogerá algunas opiniones y sensaciones voluntarias de los y las participantes. Y reflexionará brevemente sobre la importancia de expresar cariño y amor a las wawitas para su desarrollo psicoemocional.

3. Se continuará con la técnica de “La papa caliente” (Ver material 1), con las y los participantes aun en círculo, se entrega la papa al primer participante. Luego se pondrá música y al son de esta, la papa deberá ir pasando de mano en mano, hasta que la música pare, de manera que la o el participante que se quede con la papa, toma una tarjeta de la papa y pasa a pegarlo en el papelógrafo, indicando si el enunciado le parece correcto o incorrecto.

4. Se continuará con la técnica de la “papa quemada” hasta terminar con las tarjetas de la papa. Luego, la o el facilitador aclarará los mitos y creencias falsas que estén en la columna VERDAD.

5. Seguidamente se formará 4 grupos mediante de la técnica de la numeración. Se explicará que cada grupo trabajará las características de las etapas de desarrollo:

- Grupo 1: Etapa Neonatal.
- Grupo 2: Etapa de la Niñez temprana.
- Grupo 3: Etapa de la Niñez Intermedia.
- Grupo 4: Etapa de la Adolescencia.
- Grupo 5: Etapa de la Juventud.

6. Se entregará la lámina (Ver material 2) correspondiente a cada grupo. Cada gru-

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Muñeca mediana tipo bebe
- Mantilla Aguayo
- Tarjetas para mitos
- Tarjetas de colores para nombres
- Tarjetas
- (Recomendaciones y sugerencias
- Equipo de sonido
- Música alegre (de la región)
- Ganchitos
- Masking
- Papelógrafos
- Marcadores
- Tijeras

po deberá trabajar en base a las siguientes preguntas:

- ¿Qué cambios físicos viven en esta etapa?
- ¿Cómo se comportan? ¿Qué actitudes tienen?
- ¿Cuáles son sus principales preocupaciones? ¿Qué preguntan más?
- ¿Qué necesitan aprender para ser felices?

7. En plenaria cada grupo hace la presentación de su trabajo. Seguidamente, la o el facilitador fortalecerá las presentaciones basándose en la lectura de apoyo.

8. Se promoverá el análisis en torno a los siguientes aspectos:

- ¿Cuál de las etapas nos parece más sencilla o difícil? ¿Por qué?
- ¿Cuáles son los principales problemas que viven nuestras wawas adolescentes respecto de la sexualidad?
- ¿Qué podemos hacer para acompañar adecuadamente durante la adolescencia de nuestras hijas e hijos?

9. Mediante lluvia de ideas se compartirá las opiniones, los sentires y pensares de las y los participantes, que serán fortalecidos y/o aclarados por la o el facilitador.

10. Se compartirá algunas recomendaciones y sugerencias a modo de TIPS respecto al acompañamiento en el desarrollo de la sexualidad de las wawas. Para ello se empeará la técnica de “La bolsa de la sexualidad” (ver material 2). Los papás y mamás se pondrán en círculo. Al azar sacaran una tarjeta de la bolsa. La leerán y definirían a que etapa de crecimiento corresponde, argumentando

i. La sexualidad se desarrolla desde que nacemos, por ello el acompañamiento a las wawas debe ser desde que pequeña/os, según sus necesidades.

ii. Si bien existen dificultades que los padres y madres afrontan sobre la educación sexual de sus hijos e hijas, estas se pueden superar desde la búsqueda de información y capacitación sobre la educación sexual integral.

iii. Educar en sexualidad a los hijos e hijas desde pequeños, les fortalecerá como personas con autoestima, respeto por ellos y ellas mismas, y por los

- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Ideas para la reflexión final



• Evaluación del taller



a. **Material 1:** Para la técnica “La Papa Caliente”, se formará una pelota con papeles donde se anotará los mitos y creencias. También, se realizará la tabla de abajo.

• **Material de apoyo**



Las niñas, niños y adolescentes no saben de sexualidad.	Mi niño y/o niña no tiene conductas sexuales.
Los niños y niñas son puros e inocentes.	Los niños, niñas y adolescentes tienen que esperar a ser mayores para hablar de sexualidad.
Las niñas y niños naturalmente sienten vergüenza cuando se habla sobre sexualidad.	Las niñas y niños son débiles y fácilmente pueden dejarse llevar por el “mal camino”.
Las niñas y niños que no hacen preguntas sobre sexualidad no sienten curiosidad.	Las mamás y papás siempre saben que es lo mejor para sus hijos e hijas.
Los niños y niñas que hablan de sexualidad son “muy despiertos” para su edad.	Las niñas y niños que hablan sobre sexualidad con otras personas son mal educados.
Si se habla de sexualidad a los niños y las niñas, se despertará su curiosidad.	Los niños y niñas no pueden hacer las cosas solos(as), por lo ello, los adultos tenemos que hacer las cosas por ella/os.
Los temas de sexualidad son muy complejos para las niñas y niños.	Es mejor esperar a que las niñas y niños pregunten sobre sexualidad para hablar sobre eso.
Las familias no deberían enseñar a sus hija/os sobre sexualidad porque es un pecado y se pueden desviar del “buen camino”.	

Enunciados sobre los niños, niñas y adolescentes en relación a la sexualidad	
CORRECTO	INCORRECTO

b. **Material 2:** Láminas de las etapas del desarrollo (tamaño oficio).

Etapa Neonatal	Etapa de la Niñez temprana
	

Etapa de la Niñez Intermedia	Etapa de la Adolescencia
	

c. **Material 3:** Construir una bolsa de papel periódico o manila de 20X20 cm. Y elaborar tarjetas de recomendaciones y sugerencias de 10X10 cm.

Hablar sobre el uso adecuado del preservativo.	Atender y responder a todas las preguntas de los hijos e hijas con naturalidad y honestidad en un ambiente de confianza.
Hablar y orientar sobre el enamoramiento, los cambios que nos ocurren y las situaciones de riesgo.	Los padres y las madres deben entender y respetar las opiniones y los sentimientos de sus hijas e hijos.
Enseñar a valorar y respetar su cuerpo.	Superar el miedo que como padres y madres sentimos al hablar de sexualidad para que los hijos e hijas entiendan al respecto.
Enseñar a decir NO a una situación desagradable.	Estimular la imaginación y creatividad de los hijos e hijas a través de distintos tipos de juegos, ya que es una etapa donde se está descubriendo el mundo.
Conversar y reflexionar sobre la importancia de la responsabilidad en la vida sexual activa, y si no se sienten seguros(as), es mejor retrasar el inicio.	Enseñar que los genitales de sus hijos e hijas son partes íntimas y no se tienen que exhibir en público.
Comprender, hablar y orientar sobre la masturbación antes que juzgarlo y castigarlo, ya que es una práctica normal en esta etapa.	Reflexionar sobre el ejemplo que los padres y las madres están dando a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes con su comportamiento.
Entender que es normal y parte del crecimiento cuando las wawitas tocan sus genitales y experimenten placer.	Alimentar a las wawas con la leche materna, porque esta contiene los nutrientes necesarios para un buen crecimiento y crea un vínculo afectivo con la madre.
Dar a la wawita mucho afecto y cariño a través de caricias, palabras y besos.	Estimular el desarrollo de la wawa a través de la observación de los colores, los tamaños y formas, el reconocimiento de los olores, el palpar texturas, el escuchar los sonidos y la música, el movimiento de sus piernas y brazos.
Propiciar un ambiente familiar cariñoso, tranquilo y con valores de respeto a los derechos humanos.	Realizar los controles prenatales y de control de la wawita.

Tema 4

La Participación de Adolescentes y Jóvenes para mejorar la SSySR

· Lectura de apoyo



1. Participación

Pocos términos como la participación gozan de tanta fama. Se hace referencia a la participación de la sociedad desde planos muy diversos y para propósitos muy diferentes, pero siempre como una buena forma de incluir nuevas opiniones y perspectivas. Se solicita la participación de los y las ciudadanas(os), de las agrupaciones sociales, de la sociedad en su conjunto, para definir problemas específicos, para encontrar soluciones comunes o para hacer confluir voluntades dispersas en una sola acción compartida. La participación suele ligarse, con propósitos transparentes y casi siempre favorables para quienes están dispuestos a ofrecer algo de sí mismos en busca de propósitos colectivos. La participación, entonces, tiene características benéficas.

Existen diferentes posturas respecto a cuál es el rol y la función de la participación, en este sentido se encuentran quienes ven en la participación un fin en sí mismo y por ende en su logro un triunfo y quienes la visualizan como un instrumento que es capaz de permitir el logro de metas mucho más trascendentes y permanentes.

i. La participación como un medio

Desde esta perspectiva, la participación se inscribe dentro de las luchas de los diferentes sectores sociales usualmente más excluidos, en este caso en particular los(as) adolescentes, para conquistar sus derechos ciudadanos y hacer valer su condición de iguales frente a la ley. Estrechamente ligada a la participación esta la idea de la organización, que entrega una connotación colectiva a la decisión individual de hacerse parte de algo. Así la participación es un instrumento, una forma de lograr un objetivo que se persigue (acceso al propio desarrollo, igualdad y equidad en las relaciones), no puede constituirse en objetivo ya que tiene un carácter instrumental y no de esencia.

La participación es un instrumento de cambio y puede ayudar a romper la exclusión y dar a los(as) adolescentes una base para implicarse directamente en las iniciativas de desarrollo.

ii. La participación como un fin

La participación es en definitiva un objetivo en sí mismo. Este objetivo se expresa como el empoderamiento de los y las adolescentes en términos de adquisición de capacidades, conocimientos y experiencia de cara a asumir mayores responsabilidades en su propio desarrollo.

iii. Niveles y grados de participación

En relación a los niveles o grados de participación, existen varias aproximaciones teóricas, entre las cuáles rescatamos las siguientes:

Roger Hart (1994) elabora una escala de participación de niños y adolescentes en las que pueden reconocerse: la participación aparente (con orientación adultocentrista y sin real participación) y la participación efectiva.

Nivel de participación	Grados de participación
La participación aparente (3 grados)	La manipulación. La decoración. La participación simbólica.
La participación efectiva (5 grados)	Las y los adolescentes y jóvenes son asignados para las actividades, siendo solamente informados. Las y los adolescentes y jóvenes son consultados e informados. La participación es iniciada por los y las adultos(as) y las decisiones son compartidas por los y las adolescentes y jóvenes. La participación es iniciada por las y los adolescentes y jóvenes, las decisiones son dirigidas por los adultos(as) La participación es iniciada por las y los adolescentes y jóvenes, las decisiones son compartidas con los adultos(as).

2. La participación de jóvenes y adolescentes

Se puede definir la participación juvenil como "...el reconocimiento y alimentación de las fortalezas, intereses y habilidades de por las jóvenes al ofrecer oportunidades reales para que se involucren en las decisiones que los afectan como individuos y como grupo" (AC SM, OMS, OPS, 2003).

En cuanto a la mejor forma para establecer una participación juvenil efectiva, se sugiere:

- El establecimiento de relaciones respetuosas, haciendo énfasis en la no utilización de "etiquetas" o estereotipos respecto a las y los adolescentes y jóvenes. Este respeto implica el hecho de aceptar a la persona de manera íntegra e incondicional, con las formas de manifestación de su identidad (forma de hablar, de vestir, formas de pensar, etc.), con sus potencialidades y limitaciones. En última instancia implica reconocer al otro como interlocutor válido, en una relación de iguales.
- El logro de una participación efectiva de adolescentes y jóvenes, se basa en que estos perciban su participación como importante. Rescatando la importancia de involucrar a por las jóvenes en asuntos o decisiones que encuentren interesantes y estimulantes. Así mismo, se destaca la oportunidad que deben tener por las jóvenes para desarrollar amistades, diversión, actividades sociales. Es evidente que un punto fundamental de cualquier proceso participativo, es la construcción conjunta del proceso, que permite involucrar emociones, sentimientos y acciones entre todos quiénes se encuentran inmersos en él, constituyendo un espacio de aprendizaje conjunto, donde uno aprende del otro.

Se debe evitar la instrumentalización de por las jóvenes, de acuerdo a los intereses de las organizaciones. En este sentido es importante encontrar puntos de equilibrio respecto a las demandas institucionales de los intereses de por las jóvenes, a partir de la identificación de áreas de beneficio común.

i. Ventajas y desventajas de la participación infanto-juvenil

Ventajas	Desventajas
Mejora de capacidades y potencialidades personales.	Dependencia: Infancia/juventud depende de personas adultas para cualquier decisión.
Autonomía. Creatividad. Experimentación. Capacidad de razonamiento y elección. Aprendizaje de errores. Se configura una mayor personalidad, se fomenta el sentido de ideas. Aprendizaje más sólido. Se desarrolla la capacidad de escucha, negociación y elección de alternativas. Aprendizaje de varios valores democráticos: participación, libertad. Valor de la democracia intergeneracional. Infancia como sujeto activo social. Ejercicio y reivindicación de derechos de expresión. Mayor riqueza y diversidad social.	Escasa iniciativa. Pasividad, comodidad, conformismo. Falta de respuesta en situaciones críticas. Falta de sentido crítico. Inseguridad, baja estima personal. Reducción de la creatividad e imaginación si las actividades son dirigidas. Estancamiento en el desarrollo personal y formativo. Miedo a la libertad, a tomar decisiones. Baja capacidad de comunicación. Bajo aprendizaje de valores democráticos. Baja creencia en la democracia. Infancia / Juventud como objeto no participativo. Desconocimiento de derechos de expresión. Invisibilidad social de la infancia y juventud.

Fuente: *Elaboración propia en base a Proyecto Actúa – Manual de Recursos para la Participación Juvenil (1996)*

ii. Acompañamiento de personal especializado

Hace referencia a quienes apoyan directamente a las y los jóvenes en su participación, coadyuvan en la identificación de oportunidades para que las y los jóvenes y otros adultos trabajen juntos. Estos especialistas se constituyen en facilitadores, pero también en acompañantes de los procesos de participación juvenil. No es suficiente con lograr e identificar un espacio para la participación juvenil, sino que se debe prestar apoyo a las y los adolescentes en todo lo referido a cómo poder capitalizar ese espacio, qué actividades desarrollar, cómo hacerlo, qué implica ese espacio en su relación con los adultos, etc.

Algunas recomendaciones en el acompañamiento a las organizaciones de adolescentes y jóvenes son:

- Fortalecer y brindar apoyo a las y los jóvenes en todo lo que respecta a su organización, pues esto les brindará mayores oportunidades para interactuar con los adultos(as).
- En cuanto a la participación juvenil, no esperar que estas se ajusten a modelos, procedimientos y expectativas adultas, pues esto refuerza las ideas de los y las adultas de que los jóvenes son incapaces de incorporarse en procesos de participación efectivos; y en las y los jóvenes la idea de que ellos y ellas no poseen la capacidad de hacerlo y que estos son espacios destinados a los adultos y adultas.
- Estar dispuestos como adultos y adultas a desarrollar la mayor creatividad posible para la formulación de estrategias que permitan la participación protagónica infanto juvenil en espacios no convencionales, el reconocimiento de los mismos y el desarrollo habilidades para relacionarnos con los y las jóvenes.

iii. Papás y mamás frente a la participación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes

Bolivia cuenta con la Ley de Participación Social Ciudadana referida a la participación y control social en la gestión pública (incluidos los asuntos ambientales) por parte de la población. Además, se cuenta con leyes específicas para la promoción de la participación de la niñez, adolescencia y juventud: Código Niña, Niño y Adolescente y la Ley de Juventudes. Desde donde se busca incluir a estos sectores en la consulta, toma de decisiones, elaboración y presentación de propuestas y acciones sobre los temas que les interesan y afectan.

Los niños, niñas, adolescentes y jóvenes tienen la capacidad crítica, análisis, pensamiento y acción de realizar importantes aportes a la construcción de un Estado más democrático. Se conoce, por ejemplo, de la lucha de la organización de niños, niñas y adolescentes trabajadores por una protección real de parte del Estado a sus derechos humanos y laborales. Se tiene la lucha de las y los jóvenes por agendar en las políticas públicas las principales problemáticas que les afectan como el desempleo, la maternidad adolescente, la educación profesional, la participación política de la juventud, entre otros. Y la lista es muy larga cuando se trata de la participación de la niñez, adolescencia y juventud en acciones educativas (campañas), informativas y recreativas.

Los papás y mamás como aliados de las organizaciones de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes debemos reforzar la autonomía de la participación infanto juvenil, brindándoles motivación y confianza para que nuestras wawas puedan participar en espacios organizativos, además de conocer y apoyar en las acciones de las organizaciones de NNAs. En definitiva, apoyar la organización y participación de niñas, niños y adolescentes, es una de las mejores estrategias para conocer sus necesidades y propuestas, más aún en lo concerniente a los DSDR y la SSySR.

Taller 4

La Participación de Adolescentes y Jóvenes para mejorar la SSySR

• Objetivo

Conocer y comprender la participación infanto, adolescentes y juvenil como un derecho y un medio que puede contribuir positivamente en la SSySR.

• Presentación y desarrollo

1. Registro en planillas de los participantes y dotación de las tarjetas por color de manera intercalada para sus nombres.

2. Se trabajará con la técnica “La cadena de ropa” que consiste en formar dos grupos. Luego se fijará dos puntos distantes entre sí (A – B) tanto para el primer grupo como para el segundo. Ambas distancias deben ser iguales (A = punto de partida) hasta el punto fijado (B = meta). Cada grupo debe unir lo más rápido posible (A con B) utilizando para ello las ropas de las y los integrantes, amarrándolas unas a otras formando así la “cadena de ropa”. El grupo que llegue primero al punto fijado, gana el juego y dará penitencia al grupo que pierde el juego.

3. Luego, la o el facilitador generará un intercambio de opiniones y sensaciones que tuvieron los y las participantes sobre el procedimiento de esta técnica, en base a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se han logrado organizar para llegar a la meta?
- ¿Todos participaron?
- ¿Qué dificultades encontraron?
- ¿Cómo se han sentido al llegar primero? Y ¿Cómo se han sentido al llegar después?
- ¿Qué es lo más difícil de organizarse?
- ¿Es importante organizarse? Si/No ¿Por qué?
- ¿Las niñas, niños, adolescentes y jóvenes pueden organizarse? Si/No ¿Por qué?

El o la facilitadora cierra la técnica considerando los aspectos más relevantes de la participación.

4. Para la segunda parte se trabajará con la técnica “Historia Comunal”. Su aplicación consiste en solicitar a las personas más ancianas de las y los participantes o autoridades - líderes/zas que se encuentren entre los asistentes, a quienes se pedirá que describan la realidad de la participación en la comunidad, con respecto a los aspectos organizativos según matriz (ver material 1).

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Tarjetas de colores para nombres
- Láminas
- Matriz 1
- Masking
- Papelógrafos
- Marcadores

5. La o el facilitador cerrará esta parte recogiendo las ideas centrales de las narraciones sobre lo que es la participación y la organización.

6. Luego, mediante “Lluvia de Ideas”, se trabajará las capacidades y potencialidades de los y las adolescentes y jóvenes. Para ello se usará 6 “notas periodísticas” (ver material 2) a partir de las cuáles se reflexionará sobre:

- ¿De qué trata la nota periodística?
- ¿Las acciones que realizan los adolescentes y jóvenes en las notas periodísticas, son positivas o negativas? ¿Por qué?
- ¿Cómo es o en que participan las y los adolescentes y jóvenes de nuestras comunidades?
- ¿Se toma en cuenta la participación de las y los adolescentes y jóvenes en las organizaciones comunitarias? ¿Por qué? ¿De qué manera?
- ¿Pueden los y las adolescentes y jóvenes participar en la transformación de los problemas que les afectan (los embarazos adolescentes, la violencia de género, el alcoholismo, las pandillas, el aborto, el abandono escolar, etc.)? ¿Por qué?
- ¿Cómo padres y madres estamos de acuerdo que sus hijos e hijas desarrollen su participación? ¿Por qué?

7. Se recuperá las ideas centrales sobre las ventajas y desventajas de la participación de los adolescentes y jóvenes en la transformación de su realidad. Y sobre la importancia del apoyo de padres y madres para que sus hijos e hijas participen en espacios de capacitación, movilización y desarrollo de su liderazgo.

i. La participación es un derecho y un mecanismo desde donde los papás, mamás y sus hijos pueden desarrollar su potencial transformador.

ii. No hay cambios reales si no participan los y las afectadas directamente, por lo que los adolescentes y jóvenes deben ser parte activa y protagónica en la resolución de sus problemáticas.

iii. Hay ventajas por las que la/os adolescentes y jóvenes deben participar:

- Mejoran sus capacidades y potencialidades personales como la autonomía, creatividad, el análisis crítico y la experimentación.
- Capacidad de razonamiento y elección, en torno a su SSySR.
- Mejoran su aprendizaje, sus relaciones personales y el intercambio de ideas.
- Desarrolla la capacidad de escucha, negociación y elección libre de

• Ideas para la reflexión final



- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Evaluación del taller



a. Material 1: Matriz 1

• Material de apoyo



La organización sindical comunitaria	
Responsabilidad y cumplimiento de los afiliados.	
Participación de las mujeres.	
Participación de los jóvenes.	
Logros de la organización sindical.	
Dificultades de la organización.	

b. **Material 2:** Láminas 1 (Se imprime el titular de la noticia con su imagen en una hoja tamaño carta u oficio). A continuación los links de las notas periodísticas:

- Policía reprime a niños que reclaman derechos laborales. Recuperado en <https://www.opinion.com.bo/articulo/el-pais/policia-reprime-ninos-reclaman-derechos-laborales/20131219004200457015.amp.html>

- Jóvenes que defienden sus derechos en Bolivia. Recuperado en: <https://ayudaenaccion.org/ong/proyectos/america/jovenes-derechos-bolivia/>

- Futbolista de 19 años es la nueva Viceministra de Deportes. Recuperado en: <https://tinformas.com/una-futbolista-de-19-anos-es-la-nueva-viceministra-de-deportes/>

- En Bolivia existen alrededor de 2,6 millones de jóvenes. Recuperado en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/en-bolivia-existen-alrededor-de-26-millones-de-jovenes/>

- Niño boliviano construyó un robot e irá a la NASA. Recuperado en: <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2019/3/11/nino-boliviano-construyo-un-robot-pianista-ira-la-nasa-211639.html>

- UNICEF festeja que 3 millones de niñas, niños y adolescentes bolivianos accedan a educación. Recuperado en: <https://reliefweb.int/report/bolivia-plurinational-state/unicef-festeja-que-3-millones-de-ni-ni-os-y-adolescentes>

- En "la cadena de ropa", para fijar la distancia de recorrido que deben lograr los dos grupos, la o el facilitador debe tomar en cuenta el número de participantes y las prendas que llevan puestas, teniendo cuidado que los mismos dispongan de sus prendas sin mucho problema.

• Variaciones





Módulo 8

Relaciones Interpersonales,
Estilos de Comunicación y
Resolución de Conflictos

Módulo 8: Relaciones Interpersonales, Estilos de Comunicación y Resolución de Conflictos

Objetivo: Fortalecer los conocimientos y habilidades sobre la comunicación y la resolución de conflictos de forma asertiva, en la relación de pareja y con los hijos e hijas.

Capacidades a fortalecer y/o desarrollar

Las y los participantes:

- Reconocen e identifican estrategias para promover la comunicación asertiva en la relación de pareja y con los hijos e hijas.
- Fortalecen habilidades y estrategias asertivas para la resolución de conflictos en la familia.

Talleres Ejes de trabajo

1. La Comunicación para una interrelación familiar armoniosa y saludable

- Importancia de la comunicación en la familia.
- Errores que dificultan la comunicación.
- Problemas de interrelación en la familia.
- Estilos de comunicación.
- La comunicación y valores.
- Tips para fortalecer la comunicación.

2. Resolución de Conflictos para la vida familiar en armonía

- Definición del conflicto.
- Etapas del conflicto.
- Actitudes frente al conflicto.
- Desarrollo de las habilidades para la vida en la resolución de los conflictos.

Tema 1

La Comunicación para una interrelación familiar armoniosa y saludable

• Lectura de apoyo



1. La importancia de la comunicación

La comunicación es el intercambio de información entre dos o más personas. Esta puede ser verbal o no-verbal cuando la expresión gestual también brinda información o, a través de la comunicación física mediante un beso, un apretón de manos, o un abrazo que nos transfieren cantidad de información.

La comunicación en la familia tiene una función más importante que la pura información; es un puente de doble vía que conecta los sentimientos entre padres e hijos. La comunicación familiar es básica para ayudar a los niños a desarrollar una autoestima fuerte, una personalidad saludable y unas buenas relaciones sociales.

2. La comunicación en la familia

Las discrepancias que surgen en la convivencia familiar se podrían resolver si nos esforzáramos en establecer una buena comunicación con nuestra pareja y con nuestros hijos e hijas. A lo mejor, nuestra pareja sólo necesita sentir apoyo transmitiéndole con gestos y la mirada que la estamos escuchando y que nos preocupa lo que le está pasando, o simplemente, nuestro hijo/a necesita que le digamos lo que vale, aunque a veces las cosas no salgan como queremos. También nos podemos comunicar silenciosamente, en ocasiones, aprender que hay situaciones donde sobran las palabras es el mayor acto de comunicación que podemos tener en nuestras relaciones humanas, agregando un ambiente de confianza, respeto y empatía.

Como padres y madres debemos hacer un esfuerzo para transmitir una actitud acogedora, inspirar calma y respeto a la hora de comunicarnos. Es importante tratar de entender a nuestros hijos e hijas, despertar la intuición para detectar sus preocupaciones, necesidades y por supuesto saber respetar su intimidad.

3. Errores que dificultan una comunicación adecuada en familia

La mayoría de las veces nos dejamos llevar por las emociones, no controlamos lo que decimos y el cómo lo decimos, generando sentimientos de culpabilidad y resentimiento. Otros errores son:

- a. **Tendencia a minimizar las preocupaciones de nuestra/os hijas e hijos:** las y los adultos consideramos nuestros problemas más relevantes y de los jóvenes superficiales. No ofrecer la importancia necesaria a los problemas de nuestra/os hijos/as o no compartir con ellos/as sus emociones, genera desconfianza o sentimiento de inferioridad.
- b. **No ofrecer apoyo a los hijos cuando tienen un problema y posesionarse a favor del contrario:** en la etapa de la adolescencia, es frecuente que surjan enfrentamientos con sus hermanos o compañeros. Los adultos tendemos a decir quien tiene o no la razón alimentando el sentimiento de "el mundo está contra mí". En este caso, solamente escuchar de manera activa, mostrando interés y ayudarlo en la búsqueda de soluciones es lo más recomendable.

c. **Dar un juicio de valor en función de la experiencia de los padres:** en ocasiones cuando conversamos con los hijos/as, los padres tendemos a centrarnos en nuestras vivencias y generar juicios de valor de lo que “se debe o no se debe hacer”. Esta forma de actuar es contraproducente, ya que a muchos menores no les importa la vivencia de los padres, lo único que demandan es solucionar sus problemas. En estos casos es necesario empatizar y ponernos en la piel de nuestros hijos/as.

d. **Optar por respuestas sarcásticas:** emplear el humor es beneficioso, pero el sarcasmo puede resultar dañino en una relación entre padres e hijos que puede ser tensa de por sí. Hablar con naturalidad, sin mostrar ira y con cariño es una alternativa más acertada.

e. **Evitar mostrar una actitud de culpabilidad a nuestros hijos de sus problemas:** esto solamente complicará el proceso de comunicación, sobre todo al inicio de la conversación. Es importante hablar de términos de responsabilidad de los actos y las consecuencias, pero nunca de culpabilidad, ya que transmiten emociones con una carga negativa “lo hago todo mal” “soy un inútil” etc.

f. **Evitar el tratar de resolver un problema de nuestros hijos/as sin contar con su participación:** a ciertas edades puede resultar contraproducente, ya que son ellos los que deben aprender a lidiar con sus dificultades. Por tanto, escucharles y ofrecerle pautas para solucionar un problema sin imponer nuestra opinión, tal vez sea la manera más aconsejable de afianzar la comunicación.

4. Problemas de interrelación entre padres e hijos y de pareja

La base de la comunicación es querer, respetar e interesarse por sus cosas y ayudar a que ellos solos vayan resolviendo sus dificultades, fomentando su autonomía. Cuando hay confianza se actúa con calma, no se improvisa y se establecen relaciones saludables a todos los niveles.

En nuestro medio, por circunstancias de la vida, uno de los dos cónyuges puede estar ausente (sobrecarga de trabajo, separación de la pareja, migración, etc.), lo que dificulta en un momento determinado que padre y madre puedan desarrollar una comunicación adecuada con sus hijos e hijas y se pierda el vínculo familiar. Esto trae consigo:

- Autoritarismo de las y los adultos responsables.
- Tendencia a comprar el afecto de los hijos/as por encontrarse ausente.
- No participar en las actividades familiares, surgiendo el descontento y los reclamos constantes.
- Se pierde conocimiento de las habilidades y aptitudes que poseen los hijos/as, sus alegrías, tristezas.

Así mismo, la violencia ejercida hacia los hijos/as es otro aspecto que surge de una comunicación deficiente, así lo demuestra el estudio realizado entre el Instituto de Investigación de Ciencias del Comportamiento (IICC) de la Universidad Católica Boliviana “San Pablo” y la ONG Visión Mundial: “el 87 % de los niños/as y adolescentes señalan a la falta de comunicación entre padres e hijos como la causa para la violencia que ellos sufren y el 81% de los mismos dice que los problemas de comunicación entre adultos se manifiestan en agresión contra los pequeños o jovencitos de la casa”.

5. Estilos de Comunicación

La forma en la que nos comunicamos e interaccionamos con los demás es fundamental para nuestro día a día. Comunicarnos de forma eficaz, nos ayudará a disfrutar de relaciones sociales más plenas.

En función de la situación, utilizamos un estilo de comunicación u otro, aunque en cada persona siempre predomina un estilo. Existen tres tipos de estilos de comunicación: agresivo, pasivo o inhibido y asertivo; cada uno provocará en la otra persona una serie de reacciones y expectativas con respecto a la conversación.

i. Estilo de comunicación agresivo

Se caracteriza por interacciones e intercambios verbales llenos de reproches, agresiones verbales, críticas, acusaciones e incluso insultos. Las personas que utilizan este tipo de comunicación no se esfuerzan por conocer y entender el punto de vista de la persona con la que interactúan. Su objetivo en la comunicación es imponer el punto de vista por encima del de la propia persona, sin tener en cuenta la opinión de los demás.

ii. Estilo de comunicación pasivo

Se caracteriza por la inhibición o no expresión de las emociones, pensamientos, opiniones ante una interacción o intercambio social. El objetivo del emisor es limitar la interacción, por lo que emite respuestas muy cortas, y no correr riesgos. A veces, incluso se pueden superponer las opiniones y preferencias de los demás a las propias, con el objetivo de no realizar ningún tipo de interacción. Habitualmente, las personas que utilizan este estilo de comunicación lo hacen ante el temor de no agradar a los demás con sus opiniones o pensamientos, o porque mantienen una actitud de desinterés o indiferencia ante el tema en cuestión.

iii. Estilo de comunicación asertivo

Consiste en un tipo de interacción e intercambio de información en la que se expresa una opinión o pensamiento de forma honesta y sincera, pero teniendo en cuenta la perspectiva de la otra persona para no ofenderla. En este estilo, todo el mundo tiene derecho a hablar, a que se tome en cuenta sus opiniones, tanto adultos como niños, niñas y adolescentes son considerados y respetados como personas únicas y valiosas. Quienes utilizan esta comunicación tienen en cuenta tanto los propios intereses como los de la otra persona.

Una buena comunicación parte del reconocer que cada uno de los miembros de la familia tiene un lugar: el padre y la madre tienen la responsabilidad de ser guías de sus hijos e hijas, quienes deben reconocer su autoridad, respetarla y apoyarse en ellos; todo esto en relación armoniosa contribuirá a que se forme una personalidad adecuada. Esto exige de los padres y madres:

- Entender los problemas del otro.
- Comprender sus sentimientos. Confiar en sus capacidades.
- Colocarse en su lugar. Respetar su libertad e intimidad.
- Aceptar a los y las adolescentes tal cuales son.
- Amarlos como nosotros mismos nos amamos.
- Moldear su carácter fortaleciendo los aspectos débiles y promover la reflexión sobre sus errores.

6. La comunicación y valores

Los valores nos permiten vivir mejor, orientan nuestra manera de actuar, de relacionarnos de pensar y de ver la vida. En nuestras actividades diarias, los valores son fundamentales para mantener una buena relación entre los padres, hijos e hijas y demás personas. Quienes principalmente enseñamos valores a nuestros hijos e hijas somos los padres y madres. Ellos aprenden a ser amables si los tratamos con amabilidad; si cumplimos las promesas que les hacemos, aprenderán a ser honestos; si escuchamos con atención sus puntos de vista, aunque no estemos de acuerdo, aprenderán a ser tolerantes. Algunos de los valores que es necesario promover y fortalecer en la familia son: respeto, solidaridad, responsabilidad, honradez, honestidad, igualdad y tolerancia, entre otros.

7. Tips para fortalecer la comunicación con mis hijos

Cuando la comunicación familiar es adecuada permite a sus integrantes: crecer, desarrollarse, madurar, resolver sus conflictos, comprenderse entre sí y en la sociedad. Algunos tips, son:

- Cuando se converse con el o la adolescente, use un lenguaje que invite a que se piense en ellos y en los demás.
- Elija el tiempo y lugar para comunicarse en familia y si no lo tienen pueden crearlo.
- Evite involucrar a terceros (tío, abuelo, vecino) en la resolución de un problema familiar.
- Observe, y tenga capacidad de escucha, así como de un manejo adecuado de los gestos.
- No humillar, ni utilizar palabras ofensivas, vulgares, gritos y violencia física.
- Si conoce como va a reaccionar un hijo/a adolescente, ante una llamada de atención, busque nuevas estrategias que ellos no esperan.
- Ante una comunicación con los y las adolescentes, ármese de paciencia, véalos, no se burle, pero lo más importante “escuche lo que le van a decir”.
- Busque la manera de no violentar la privacidad que usted le ha otorgado a su hijo e hija adolescente.
- Cuando fuimos niños(as), a cada rato buscábamos a nuestros padres y madres para preguntarles algo, hoy los responsables tienen que buscar a los y las adolescentes para conversar.

Es fundamental que tengamos en cuenta y tratemos a nuestros hijos/as como personas con derechos y obligaciones, a quienes debemos acompañar para que tomen sus propias decisiones con responsabilidad.

Taller 1

La Comunicación para una interrelación familiar armoniosa y saludable

• Objetivo

Reconocer los factores que intervienen en los tipos de comunicación para mejorar la comunicación y la conducta asertiva en la resolución de conflictos familiares.

• Presentación y desarrollo

1. Se iniciará con la técnica de presentación “Lo que dicen los gestos”. Explica que cada una de las y los participantes deben tomar un bolillo (ver material 1), decir su nombre e interpretar con gestos y muecas según la consigna del bolillo y devolverlo a la bolsa.

2. Se conformará parejas por afinidad para trabajar la técnica “En los zapatos de otros” que consiste en poner en escena diferentes situaciones cotidianas que se dan en la familia (ver material 2), las consignas son las siguientes:

- Cada pareja a partir de la situación que le toque, deberá hacer una escenificación de cómo en la vida real los personajes se comunican en esa situación.
- La interpretación debe realizarse en un minuto.
- La o el facilitador tomará apunte de todas las presentaciones.

3. Después de las dramatizaciones, en plenaria se realizará el análisis de las actitudes comunicativas en las situaciones, con base en las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se han sentido con la actividad?
- En general ¿Cómo fue la comunicación entre los personajes?
- ¿Cómo evalúan la forma de comunicación de los personajes? ¿Por qué?
- ¿Estas situaciones se dan en la vida real de nuestras familias?
- En nuestro diario vivir, generalmente ¿Cómo nos comunicamos en situaciones similares?
- ¿Cómo se puede mejorar la comunicación como pareja y con nuestras wawas?

4. La o el facilitador explicará sobre la importancia de la comunicación para la vivencia armónica de la pareja y la familia.

5. Mediante la técnica de “lluvia de ideas” se trabajará en función a láminas sobre los estilos de comunicación (ver material 3), se pedirá que:

- “Miren cada lámina con detenimiento”

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Bolillos con gestos
- Bolsa
- Matriz de situaciones familiares
- Láminas de estilos de comunicación
- Papelógrafos
- Marcadores
- Masquin

- ¿Qué expresa cada lámina? ¿Qué estarán sintiendo las personas de las láminas?
- ¿Hay comunicación entre las personas de las láminas? ¿Cómo es?
- ¿Qué lámina mostrará la forma más frecuente de comunicación con nuestra pareja y con nuestras wawas? ¿Por qué será así?

6. Las intervenciones de las y los participantes se fortalecerán con los aportes y aclaraciones de la o el facilitador sobre los estilos de comunicación, los errores en la comunicación y los tips para fortalecer la comunicación con las wawas.

i. Una buena comunicación en la familia evita situaciones conflictivas y nos ayuda a construir relaciones democráticas

ii. La comunicación debe ser una herramienta que permita interrelacionarnos mejor con nuestros hijos desde que son pequeños. La comunicación no es solo para los momentos de conflicto.

iii. La comunicación asertiva en la familia debe ser una práctica constante, que parte desde la pareja.

- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

a. **Material 1:** Bolillos de papel indicando los gestos. Se prepara bolillos donde se presenta una situación en la familia:

- La cara que pongo cuando mi hijo no limpia su cuarto.
- La cara que pongo cuando veo a mi vecina chismosa.
- La cara que pongo cuando mi esposo llega borracho.
- La cara que pongo cuando me preguntan sobre sexualidad.
- La cara que pongo cuando mi suegra me critica.
- La cara que pongo cuando mi esposa me encuentra "chupando".
- Lo que digo cuando mis wawas me sacan de mis casillas.

• Ideas para la reflexión final



• Evaluación del taller



• Material de apoyo



b. Material 2: Situaciones comunicativas en la familia.

	Personaje 1	Personaje 2	Situación
1	La esposa: Sociable y Habladora	El esposo: Callado y cansado	Están invitados a una fiesta y el esposo no tiene ganas de ir.
2	La mamá : Cariñosa y llorona	El hijo: Rebelde y contestón	El hijo exige que le compren una moto, lo que a la mamá le preocupa por su seguridad.
3	La mamá: Autoritaria y gritona	La hija: Alegre y franca	La madre critica la forma de vestir de su hija.
4	El papá: Autoritario y machista	El hijo: Voluntarioso y moderno	El hijo está lavando los platos y el padre entra y no quiere que siga lavando.
5	El papá: Celoso y desconfiado	La hija: Responsable y estudiosa	El padre se enteró que su hija tiene chico y él le prohíbe que siga con ese chico.
6	La Suegra: critica y malhumorada	La nuera Comedida y amiguera	La suegra critica la comida de su nuera porque su hijo esta flaco.
7	El padrino: Protector y tranquilo	El ahijado: Mentiroso y machista Ahijada: Sumisa y trabajadora	El padrino se ha enterado que su ahijado le ha pegado a su esposa, y quiere solucionar el problema.
8	El hermano: Mimado e irresponsable	La hermana: Rebelde y estudiosa	El hermano está saliendo a jugar futbol a pesar de que le toca limpiar la cocina y su hermana reclama.

c. Material 3: Láminas de estilos de comunicación (cada imagen en una hoja oficio).

En:	Pasivo	Agresivo	Asertivo
Pareja			
Con los hijos e hijas			

Tema 2

Resolución de Conflictos para la vida familiar en armonía

· Lectura de apoyo



1. ¿Qué es un conflicto?

El conflicto forma parte de la vida y es necesario para la transformación y evolución del ser humano. No solo existen los conflictos interpersonales, muchas veces el conflicto se establece con nosotros y nosotras mismas, con nuestros intereses, valores y creencias. Este conflicto personal puede ser el detonante del enfrentamiento con los demás.

Los sentimientos y emociones juegan un papel importante en el conflicto. Por ello, tendremos que prestar especial atención a nuestros pensamientos, sensaciones, interpretaciones, objetivos e intereses, y no enfrentarnos al conflicto como si se tratara de una gran batalla cuyo único objetivo es ganar, sino que la finalidad debe ser la de aprender a detectar mis intereses y necesidades, manejar la situación, negociar, llegar a acuerdos, transformarnos y, en definitiva, crecer como seres humanos.

Todo conflicto sigue un proceso, no se produce en un momento puntual, por consiguiente, el desarrollo de la resolución del conflicto será determinante para que la relación entre las partes implicadas salga mejorada y fortalecida, o deteriorada. Solucionar un conflicto casi siempre está relacionado con establecer niveles de relación y canales de comunicación efectivos que nos permitan llegar a consensos y compromisos.

2. Etapas o fases del conflicto

Al activarse un conflicto se entra en una escalada de emociones y acciones o "escalada del conflicto". Cuando se presenta esta "escalada" se producen cambios que, inevitablemente, transforman las relaciones de las personas involucradas en el conflicto. Esta transformación de las relaciones será unas veces para bien y otras para mal, según sean las acciones que se utilicen y manejen para resolverlo.

Cuanto menor es el contacto y el diálogo entre las partes, mayor es el riesgo de que ocurra una escalada. Lo peligroso es que, una vez comenzada la escalada, resulta difícil pararla. No obstante, sea cual sea el nivel del conflicto, cada uno de sus episodios pasarán por una o varias etapas o fases, estas son:

- **Conflicto latente.** Cuando el conflicto está presente pero aún no ha ocurrido nada que lo ponga de manifiesto.
- **Escalada o iniciación del conflicto.** Se produce un detonante y el conflicto aparece en toda su magnitud.
- **Estancamiento o búsqueda del equilibrio de poder.** Es cuando se inician las acciones necesarias para resolver el conflicto. Estas acciones pueden ser: violentas, de negociación, de mediación, etc.
- **Desescalada o equilibrio del poder.** A esta fase llegaremos a través de alguna de las formas utilizadas en la fase anterior. Pero si los intereses continúan siendo contrapuestos, porque no hemos puesto en marcha las acciones necesarias para su resolución, el conflicto vuelve a quedar en estado latente.

- Nueva ruptura del equilibrio. Se producirá cuando aparezca otro hecho que dispare el conflicto, iniciándose un nuevo ciclo.

3. Actitudes ante el conflicto

Descubrir las actitudes propias y las de los demás será un trabajo previo a la resolución de conflicto. Paco Gascón en su libro "Educando en y para el Conflicto" nos explica que hay 5 grandes actitudes ante un conflicto:

- Competición (gano/pierdes):** Con este estilo conseguir lo que yo quiero es lo más importante, y no importa que para ello tenga que pasar por encima de quien sea. "El fin justifica los medios".
- Acomodación (pierdo/gano):** A menudo confundimos el respeto y la buena educación con no hacer valer nuestros derechos. Con tal de que no haya confrontación, porque eso puede provocar tensión o malestar, no hago valer ni planteo mis objetivos. Lo que provoca que vayamos aguantando hasta que no podemos más y entonces nos destruimos o destruimos a la otra parte.
- Evasión (pierdes/pierdes):** Ocurre cuando no nos enfrentamos al conflicto por miedo, o por pensar que se va a resolver solo. Sin embargo, los conflictos siguen su propia dinámica y una vez que se inician es muy difícil que se paren solos.
- Cooperación (gano/ganas):** Cooperar no es acomodarse ya que no se puede renunciar a aquello que nos es fundamental, pero se puede aprender a negociar para llegar a acuerdos. Se trata de que todas las partes implicadas en el conflicto ganen. Mediante la negociación se llegan a acuerdos que satisfaga los objetivos y se mantengan las relaciones.
- Negociación:** Se produce cuando una de las partes se preocupa por sus intereses, pero se muestra dispuesta a tener en cuenta los de la otra parte. El objetivo de la negociación es conseguir que las dos partes se vayan con la sensación de haber ganado en lo fundamental.

4. Estrategias para negociar

- Hablar en primera persona ("mensajes yo").
- Llegar a acuerdos. Evitar de antemano propuestas muy exigentes. Empezar preguntando por el arreglo al que aspiran.
- Crear el máximo número posible de alternativas.
- Si ninguna alternativa es satisfactoria ampliar los temas sobre los que negociar.
- Intentar tomar decisiones basadas en criterios objetivos.
- Asumir distintas posiciones para decidir.
- Ser consciente y ver los inconvenientes de no llegar a un acuerdo.
- Utilizar las habilidades y los canales adecuados para conseguir una comunicación efectiva.

5. Conductas adecuadas para gestionar de forma positiva un conflicto

i. Habilidades para la vida ¿Qué son?

Son herramientas que permiten desarrollar actitudes para disfrutar la vida y lograr un desarrollo físico y mental saludable. Estas habilidades tienen mucho que aportar en la promoción de la salud, la prevención de problemas y la comunicación con los demás, nos ayudan a tomar decisiones positivas y a saber cómo

solucionar problemas. Estas habilidades fortalecen nuestro desarrollo físico, emocional e intelectual, y nos permite disfrutar de una vida personal, familiar y social plena.

Las habilidades para la vida, se dividen en tres grandes grupos:

Habilidades sociales	Habilidades de pensamiento	Habilidades para el manejo de emociones
<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación - Asertividad - Cooperación y trabajo en equipo - Empatía 	<ul style="list-style-type: none"> - Solución de problemas - Pensamiento creativo - Pensamiento crítico 	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de estrés - Autoestima - Control de emociones

Las habilidades para la vida, se desarrollan desde los primeros años de vida. A medida que la persona crece física y psico-socialmente, adquiere numerosas y variadas habilidades para enfrentar y superar situaciones rutinarias y extraordinarias en la vida. Estas son necesarias para que la persona mantenga buenas relaciones consigo mismo(a), con las demás personas y con el entorno donde vive. Las habilidades, así como se aprenden se pueden cambiar, no son inmutables.

ii. **Habilidades para la vida que promueven el desarrollo saludable y minimizan el daño y el riesgo**

Al respecto la OMS, estima que son indispensables poseer las siguientes habilidades y capacidades para promover un desarrollo saludable:

- **Tomar decisiones**, ayuda a las personas a valorar sus posibilidades y a considerar cuidadosamente las diferentes alternativas y consecuencias de sus elecciones.
- **Resolver problemas**, ayuda a las personas a buscar y valorar soluciones constructivas a sus problemas. Esta habilidad puede reducir mucho la ansiedad.
- **Desarrollar la creatividad**, es indispensable para tomar decisiones y resolver problemas. Permite que las personas exploren todas las posibles alternativas y sus consecuencias. Ayuda a ver más allá de la experiencia personal.
- **Pensar en forma crítica**, ayuda a las personas a analizar objetivamente la información disponible junto con sus propias experiencias. Esa capacidad permite reconocer los factores que influyen en el comportamiento, como los valores sociales, la influencia de los amigos y de los medios de comunicación masiva.
- **Comunicarse con eficacia**, ayuda a las personas a comunicar a los otros, verbalmente o de otra forma, sus sentimientos, necesidades e ideas, en un marco de respeto.
- **Establecer y mantener relaciones interpersonales**, ayuda a las personas a interactuar positivamente con las personas con quienes se encuentran a diario, especialmente con los familiares.
- **Conocerse a uno mismo**, es la capacidad que tienen las personas de saber quiénes son, qué quieren o no quieren y qué les complace o disgusta. También les ayuda a reconocer las situaciones estresantes.

- **Experimentar empatía**, es la habilidad de una persona para imaginar cómo es la vida de otra persona que vive situaciones diferentes. Ayuda a entender y aceptar la diversidad de pensamientos y mejora las relaciones interpersonales.
- **Manejar las emociones**, permite que las personas reconozcan sus emociones y la forma en que influyen en su comportamiento. Es de particular importancia aprender a manejar las emociones difíciles como la violencia y la ira, que pueden tener consecuencias desfavorables para la salud.
- **Manejar la tensión**, el estrés y la ira, es la habilidad de las personas de reconocer las circunstancias de la vida que les causan estrés o ira, modificar éstas o buscar otras salidas como ejercicios físicos, recreación, relajación, etc.
- **Resistirse a los vicios y al uso de las drogas**, está íntimamente relacionada con la toma de decisiones y con la capacidad de diferenciar entre el tipo de amigos que benefician y los que no. Asume el estilo de vida sano.

Otra habilidad importante es el establecimiento de normas, límites y sanciones con nuestras hijas e hijos, en un marco democrático de consensos y acuerdos, para lo que es fundamental la comunicación asertiva. Debemos tener en cuenta que las sanciones no quiere decir ejercicio de violencia física o psicológica; las sanciones también deben ser consensuadas y por sobre todo comprendidas por nuestros hijos e hijas. En el establecimiento y cumplimiento de las normas, límites y sanciones, es de trascendental importancia la coordinación de pareja y el no quitarse autoridad delante de los hijos e hijas.

La práctica de la comunicación y la resolución de conflictos de forma asertiva, son herramientas estratégicas para acompañar el desarrollo de la sexualidad y el ejercicio de los DSDR de nuestras hijas e hijos.

Taller 2

Resolución de Conflictos para la vida familiar en armonía

Objetivo

Fortalecer las habilidades y estrategias de las y los participantes para la resolución de conflictos que se suscitan en la relación de pareja y con los hijos e hijas.

Presentación y desarrollo

1. Se realizará el registro de planillas y la entrega de una tarjeta para que cada participante ponga su nombre. Las tarjetas se entregarán de manera intercalada por color.
2. Se iniciará con la técnica “Te cuento”, las y los participantes ubicados en un círculo deberán decir su nombre y contar una dificultad que tuvieron antes de venir al taller y cómo lo solucionaron (no había con quién dejar a las wawas, discutí con el trufista, he discutido con mi pareja, etc.). A la conclusión de la técnica, se reflexionará sobre lo habitual que es tener problemas, siendo lo importante el cómo los enfrentamos.
3. Se desarrollará la técnica “Da la vuelta al aguayo”. Se conformará dos grupos según los colores de las tarjetas de nombres (grupo amarillo y celeste). Se dotará de un aguayo grande a cada grupo (si no hay aguayos, puede unirse 2 pliegos de papel sabana). El aguayo deberá ser tendido al suelo para que las y los integrantes de grupo se coloquen encima, luego, se indicará que “cada grupo debe dar la vuelta al aguayo, sin que nadie baje del mismo y sin pisar el suelo fuera del aguayo”. Se dará 5 minutos para la acción, luego se procederá a realizar un debate, a partir de:
 - ¿Cómo han llegado a girar el aguayo? ¿Ha sido fácil? Si/No ¿Por qué?
 - ¿Cuáles has sido las principales dificultades para cumplir con la acción?
 - ¿Qué actitudes han podido encontrar entre las y los integrantes de su grupo?
 - ¿Cómo podemos relacionar esta experiencia con nuestra vida en familia?
4. La o el facilitador fortalecerá los aportes mencionando las actitudes comunes que se tiene ante los conflictos – problemas.
5. A modo de distensión, se pedirá que las y los participantes formen nuevamente dos grupos, pero esta vez con colores intercalados de las tarjetas. En cada grupo debe haber un número equilibrado de personas con tarjetas amarillas y celeste.

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Tarjetas de 2 colores (amarillo y celeste) para nombres de participantes
- Aguayos
- Maskin
- Paleógrafos
- Marcadores
- Computadora portátil
- Data Display
- Parlantes

Al grupo que no cumpla con la consigna se le puede dar una penitencia. Se asignará numeración "1" y "2" a cada grupo correspondientemente.

6. La segunda parte se desarrollará a través de una "Historia de vida" (ver material 1) que de manera teatral será leída por la o el facilitador. Luego, se dará las siguientes consignas:

- **El grupo 1:** deberá resolver los problemas de Juan y María de forma negativa.
- **El grupo 2:** deberá resolver los problemas de Juan y María de forma positiva.

7. Los grupos, luego de un tiempo de análisis y reflexión, haran la presentación de sus trabajos mediante sociodramas, dibujos en papelógrafos, relatos, etc. La idea es dar continuidad a la historia con el desarrollo de una alternativa de solución al conflicto. A la conclusión de las presentaciones se abrirá un análisis colectivo sobre:

- ¿Los problemas de Juan y María se dan en la vida real?
- ¿Cuál de las formas de solución se dan más en la vida real? ¿Por qué?
- En la historia de vida ¿Está bien la forma de reaccionar de Juan y María ante los problemas?
- En la forma negativa de solución ¿Quién tiene más equivocaciones, Juan, María? ¿Por qué?
- En la forma positiva de solución ¿Qué comportamientos positivos podemos identificar en Juan y María?

8. La o el facilitador recogerá los aportes en un papelógrafo, lo que le servirá para aportar mencionando las etapas de un conflicto y las habilidades para la vida que promueven el desarrollo saludable en la resolución de conflictos.

9. De poderse contar con más tiempo y con la finalidad de fortalecer los contenidos y conocimientos adquiridos, se reproducirán tres videos cortos (Ver material 2), con los cuales se pedirá identificar "las experiencias y estrategias que podemos poner en práctica en nuestras familias para vivir sin tanto problema", los mismos que se compartirán de manera voluntaria.

i. Los conflictos no son buenos ni malos, pero nos afectan de diferentes formas, y son una parte de la vida que debemos aprender a manejarlo de manera asertiva.

ii. La actitud, la forma en que reaccionamos, las conductas y respuestas que tenemos frente a los conflictos se pueden mejorar a través del desarrollo de habilidades para la vida.

iii. El amor, el respeto y el compromiso con nuestra pareja, hijos e hijas son una buena motivación para desafiarlos y entrenarnos día a día en desarrollar habilidades y estrategias positivas para enfrentar los conflictos.

• Ideas para la reflexión final



- Lo que me gusta.
- Lo que no me gusta.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Evaluación del taller



a. Material 1: Historia de vida

Los problemas de Juan y María

María y Juan tienen una hija y dos hijos, la mayor de 15 años, el segundo de 13 años y el último de 7 años. con la educación de las dos primeras wawas no tuvieron muchos problemas pues el Juan tenía un trabajo asegurado en una empresa, por tanto, María se quedaba en la casa para controlar que las wawas cumplan con sus tareas escolares y los quehaceres de la casa. Sin embargo, hace un año la empresa de Juan ha cerrado por la crisis económica, lo que ha hecho que Juan y María ahora se dediquen a la confección de deportivos, por lo que, entre la costura y la venta en las distintas ferias tienen menos tiempo para estar en la casa y los problemas se empiezan a notar. María se enteró que su hija mayor esta de enamorada, su segundo hijo está más dedicado al celular y el menor tienen muchas quejas de la profesora porque no presta atención en la clase y pelea mucho con sus compañeros. Lo peor es que cuando María le conto de estos problemas a Juan, él se enojó tanto que echó la culpa a María diciéndole que "ella tenía la culpa del mal comportamiento de sus crías", luego Juan grito a sus hijos diciéndoles que "a él no lo habían apoyado para ir a la escuela y que lo educaban a chicotazos, que tendría que hacer lo mismo con sus hijos". Juan estaba tan molesto que salió de la casa dando un fuerte portazo. María y sus hijos se quedaron llorando.



• Material de apoyo

2. Material 2: Links de videos

- Video Educativo Nro. 3. Disminución de Conflictos Familiares: <https://www.youtube.com/watch?v=boQhK9gfD6Q>
- Cápsula Taller 3 Resolución de conflictos en la familia: <https://www.youtube.com/watch?v=SjUEc6y0kFM> (reproducir desde el segundo 32)
- Video Educativo Nro. 4. Establecimiento de Normas y Limites: <https://www.youtube.com/watch?v=YI4JbmHoKTg>
- Video Educativo Nro. 5. Supervisión, Sanciones y Vinculación Familiar: <https://www.youtube.com/watch?v=Lli-qosmnh8>



Módulo 9

*Salud Materna,
responsabilidad compartida*

Módulo 9: Salud Materna, responsabilidad compartida

Objetivo:

Fortalecer y sensibilizar sobre la corresponsabilidad de hombres y mujeres en la salud materna, que les permita la vivencia de la maternidad segura y saludable como pareja, en sus familias, con sus hijos/as y en la comunidad.

Capacidades a fortalecer y/o desarrollar

Las y los participantes:

- Generan actitudes sensibles y de acompañamiento durante la etapa de la maternidad, de las mujeres de sus familias, sus hijas y otras.
- Reconocen los factores que favorecen y perjudican en la salud materna en la pareja, la familia y la comunidad.

Talleres

Ejes de trabajo

1. La Maternidad más allá de la reproducción biológica

- Percepciones y definición de maternidad.
- La maternidad y las condiciones en las que debe darse un embarazo y los servicios que debe prestar el Centro de Salud.
- Normativa sobre la maternidad.
- La importancia de la maternidad segura y plena.
- Aborto masculino.

2. La Salud Materna, una responsabilidad colectiva

- Las etapas del embarazo, estado nutricional, controles y situaciones de riesgo.
- El acompañamiento de la pareja y la familia en cada etapa del embarazo.
- Que cuidados debe tener una mujer embarazada.
- Prácticas culturales saludables para la etapa del embarazo.

Tema 1

La Maternidad más allá de la reproducción biológica

· Lectura de apoyo



1. La maternidad

Es la experiencia de vida que tiene una mujer al momento de convertirse en madre. La maternidad no es solo el hecho de que biológicamente ocurra el proceso de reproducción (dar a luz), sino que representa la generación de un nuevo ser humano, para lo que es necesaria la integración de otras dimensiones. La maternidad no es universal, ya que no todas las mujeres llegan a ser madres o no quieren serlo.

La idea de que el ser madre completa a la mujer, es parte de las normas estereotipadas de género, el hecho de que la mujer esté preparada biológicamente para ser madre, no significa que deba serlo. Está en cada mujer la decisión de ser madre, lo que no le quita o resta feminidad alguna. Por otro lado, para quienes quieren ser madres y finalmente lo materializan, la maternidad representa un cambio en su vida, sus prioridades como persona tienden a centrarse en la responsabilidad de velar por el bienestar del nuevo ser.

Hay mujeres que viven la maternidad así no experimenten la gestación y el parto, por ejemplo, cuando la mujer adopta a un niño, pudiendo vivir todos los cambios en su pensamiento y en su estilo de vida.

2. La maternidad como construcción social

La maternidad en tanto construcción sociocultural, parte de un hecho biológico, el cual otorga a la mujer la capacidad de gestar. En este escenario parir, nutrir y criar parecen un mandato que no merece ser repensado. Sin embargo, se hace la distinción entre reproducción y maternidad, siendo la primera un hecho biológico, mientras que la maternidad alude a un hecho fuertemente condicionada por las fuerzas sociales, históricas y culturales, que definen características que se consideran como naturales en la mujer (devoción, ternura, paciencia, amor incondicional).

El concepto de maternidad va variando según la época histórica en la que nos situemos y desde la cultura que la analicemos. Así, la maternidad desde la construcción social y simbólica patriarcal condiciona a la mujer para que alcance la plenitud de su feminidad a través de la maternidad como la forma más completa de ser mujer. Estas representaciones asocian a las mujeres con características como la fecundación, fertilidad, protección, afecto, conservación, cuidado, incondicionalidad, sacrificio, intuición, las cuales son consideradas inherentes al desarrollo de la maternidad y, por lo tanto, estrechamente asociadas a la femineidad.

Así mismo, la maternidad convierte a la mujer en “un ser para y de los otros”, viéndose muchas veces, obligadas a descuidar sus necesidades personales para ser buena cuidadora de otro ser u otros, al punto de descuidar su propia salud integral para asegurar el bienestar de otros.

3. Derechos de la mujer embarazada en un establecimiento de salud

En los establecimientos de salud una mujer embarazada tiene derecho a:

- Que respeten y valoren sus costumbres y cultura.
- Recibir atención por personal calificado que hable su idioma.
- Estar acompañada durante el trabajo de parto por su pareja o la persona que ella prefiera.
- Sentirse cómoda durante el trabajo de parto. Puede caminar, sentarse, pararse, echarse y tomar líquidos.
- Dar a luz en la posición que ella prefiera (sentada, hincada, de cuclillas, echada u otras posiciones).
- Dar el pecho a su bebe o wawa en cuanto nazca.
- Que no usen prácticas como enemas, rasurado o cortes vaginales, si no son necesarios.
- Recibir un trato respetuoso con calidad y calidez, por parte del personal de salud.
- Recibir el Bono Juana Azurduy por los controles prenatales y el parto, atendidos y/o certificados por personal de salud.

Así mismo, los establecimientos de salud deben:

- Dar información completa a las mujeres sobre su embarazo, parto y pos parto.
- Dar información completa y proveer de métodos anticonceptivos a todas las mujeres que lo soliciten.
- Orientar a las mujeres sobre la prevención de la violencia y el maltrato en el hogar.
- Realizar el control de crecimiento y desarrollo de niños y niñas, dar orientación sobre prevención de enfermedades y cuidados del niño/niña.
- Tener buena señalización, iluminación, contar con los servicios básicos de agua y alcantarillado
- Tener sus Ambientes limpios y ordenados.
- Es deber de los establecimientos de salud atender a las usuarias con calidad y calidez, sin discriminación o maltrato en el marco de respeto y la interculturalidad.

4. Salud materna en Bolivia

a. La Prevalencia anticonceptiva

En Bolivia el uso de los anticonceptivos modernos es aún bajo llegando al 32,4 %, sin embargo, el uso de métodos se duplica entre las poblaciones del área urbana (34,1%) y con educación superior (37,6%), comparadas con las del área rural (27,6%) y sin educación (27,6%).

b. Coberturas de parto calificado o institucional

Bolivia aumento la proporción de 61 a más del 70% entre el 2003 y 2016 de partos atendidos por personal calificado (médico o enfermera). Según el ENDSA 2016, en el caso de las mujeres, atendidas en el marco de las prestaciones de la Ley 475/SIS, la atención durante el embarazo se aproxima a 90% y la del post parto casi alcanza 81%, mientras que, la atención del parto apenas supera 70%. El ser quechua o aymara también se relaciona con altas proporciones de parto domiciliario y menos controles prenatales.

c. Parto por cesárea

Este servicio debe darse entre el 5% y 15% de la población, considerando la tasa de complicaciones obstétricas. Sin embargo, por las condiciones socioeconómicas y de residencia se encuentran fuertes diferencias, por ejemplo, a nivel rural la tasa es el 17,1% y a nivel urbano de 40,0%. En La Paz sólo llega a 19,8% (después de Potosí en primer lugar) mientras que en Santa Cruz alcanza a 52,5% y Tarija 40,4% siendo las tasas más altas.

4. Lactancia materna

La lactancia materna, se practica en la sociedad boliviana en todos los estratos, más o menos en la misma proporción. La práctica de la lactancia tiene fuertes raíces culturales.

5. Mortalidad materna

Lamentablemente sobre este indicador en el mismo INE se reconoce que el dato oficial más cercano en

el 2011 donde la mortalidad materna fue de 160 por 100.000 nacidos vivos. La ENDSA del 2016 no presenta información concreta. Sin embargo, un artículo de la BBC del 5 de abril de 2017, basado en información de UNFPA, brinda el dato de 2006 por 100.000 nacidos vivos para el periodo 2015, datos que tienen relación con otros estudios, pero que fueron cuestionados por el INE.

6. Servicios de salud escasos

A pesar del incremento en la inversión en infraestructura de salud pública en los últimos años, la disponibilidad y la calidad de la atención en El Alto siguen siendo insuficientes. La población ha crecido un 30% en los últimos 10 años, convirtiéndose en la segunda ciudad más densamente poblada del país, con más de 900.000 habitantes. Sin embargo, el sistema de salud no se expandió lo suficiente como para cubrir las numerosas necesidades, y la situación es particularmente preocupante en términos de acceso a servicios de SSySR.

5. La normativa Nacional que debiera garantizar una maternidad saludable y segura

Los derechos de la mujer embarazada están incorporados en la Constitución política del Estado Plurinacional en los siguientes artículos:

- **Artículo 45.** Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozan de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatal y posnatal.
- **Artículo 48.** Las mujeres no podrán ser discriminadas o despedidas por su estado civil, situación de embarazo, edad, rasgos físicos o número de hijas o hijos. Se garantiza la inamovilidad laboral de las mujeres en estado de embarazo, y de los progenitores (pareja), hasta que la hija o el hijo cumpla un año de edad.

Otras Normativa en relación a salud materna e interculturalidad:

- Decreto Supremo N° 29601 Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI 2013).
- Decreto Supremo N° 0066 Bono Juana Azurduy (2009).
- Plan Sectorial de Desarrollo en Salud 2010 – 2020.
- Ley N° 459 de 19 de diciembre de 2013 Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.
- Marco de Autonomías y Descentralización Andrés Ibáñez.

6. La importancia de la maternidad segura y plena

El concepto de maternidad segura abarca la promoción y la protección del derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr para las mujeres, las madres, y los recién nacidos, así como el acceso a servicios adecuados de salud y sistemas sanitarios seguros y eficientes. Este concepto refleja la diversidad de experiencias de las mujeres como madres, considerando las disparidades en la distribución de ingresos y las desigualdades relacionadas con el lugar de residencia, grupo étnico, género y otros factores.

La maternidad segura, es un proceso donde se busca proporcionar servicios y atención de calidad con personal calificado, este concepto no implica la ausencia de riesgo, pues todo embarazo debe ser considerado de especial cuidado.

Los factores que impiden gozar de una maternidad segura y plena son la pobreza, la malnutrición, la inseguridad, las desigualdades por razón de género, la violencia, la falta de educación, las toxinas ambientales

y la mala salud mental de los cuidadores, que ponen en riesgo no solo la salud de madre sino el desarrollo de los niños/as.

Es muy importante brindar todos los cuidados necesarios a las mujeres embarazadas para evitar la mortalidad materno infantil y garantizar el desarrollo integral de los niños y niñas, fortaleciendo una nutrición adecuada, buena salud, atención medica pertinente, protección y seguridad que nos dará como resultado una madre y un niño/a sanos.

7. Aborto masculino

El aborto masculino o aborto de papel, es un tema que se va escuchando de apoco en nuestro medio, sin embargo, es un planteamiento que surge el año 2000 en Dinamarca y luego Suecia, para “legalizar el desentendimiento de la paternidad por los hombres”, el tema es mucho más amplio y controversial, más aún en nuestro entorno donde hablar del aborto despenalizado se constituye en un “pecado grave de la mujer”.

Más allá de la controversia, el aborto masculino nos permite poner en evidencia una práctica muy común en nuestro país: la responsabilidad de un embarazo y maternidad que recae exclusivamente sobre la mujer, siendo que el hombre puede eludir su responsabilidad mediante su acuerdo o no con un aborto, el abandono de la mujer y la wawa en cualquier momento escapando de las exigencias legales en cuanto a la pensión mensual, sin ningún remordimiento. El aborto masculino es un planteamiento que permite confrontar a los hombres con su rol en la paternidad.

Taller 1

La Maternidad más allá de la reproducción biológica

• Objetivo

Generar en las y los participantes, actitudes sensibles, comprensivas y valorativas a la etapa de la maternidad.

• Presentación y desarrollo

1. Se pedirá que cada participante se presente mencionando su nombre y, en una palabra "lo que sintieron cuando se enteraron que serían madres o padres".
2. Se trabajará con la técnica "Imágenes que hablan". Las y los participantes forman un círculo y uno por uno (o de dos en dos) se dirigen al centro, donde habrá una mesa con varias láminas (ver material 1) y un papelógrafo en la pared con la pregunta ¿Qué es maternidad? las y los participantes elegirían una lámina, deberán observarla y luego, por turnos, pegarla en el papelógrafo explicando ¿Por qué? esa lámina es parte de la maternidad. Cuando todas las láminas estén pegadas en la pared, se pedirá observar detenidamente para identificar ¿Cuáles son más comunes en nuestro medio? Y ¿Por qué?, La o el facilitador mencionara lo que es el embarazo, la maternidad y la maternidad como construcción social.
3. A continuación, se trabajará con la técnica "Mi historia materna", que consiste en compartir algunas vivencias en el embarazo. Este trabajo se apoyará en técnica "Pesca pesca", con las y los participantes en un círculo, se facilitará el aguayo a la persona de un extremo del círculo y el sombrero a otra persona del otro extremo, quien deberá ponérselo y dar una vuelta en su mismo sitio para luego pasar a la siguiente persona; de igual manera, la persona del aguayo deberá cargarse bien el aguayo, descargarse y pasar a la siguiente; la idea es que el sombrero pesque al aguayo. La persona que se quede con el aguayo y el sombrero deberá responder a una de las siguientes preguntas:

Para las mujeres:

- ¿Qué fue lo más agradable y/o desagradable de la maternidad?
- ¿Cómo fue la participación del esposo o pareja durante el embarazo?
- ¿Cómo fue la atención en el Centro de Salud durante el parto?

Para los hombres:

- ¿Qué fue lo más agradable y/o desagradable de la paternidad?
- ¿Cómo considera su participación como esposo o pareja durante el embarazo?
- ¿El embarazo es fácil de llevar para la mujer? Si/No ¿Por qué?

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Láminas con imágenes sobre la maternidad
- Tarjetas para los nombres de los participantes
 - Un aguayo
 - Un sombrero
 - Marcadores
 - Maskin
- Papelógrafos

4. Se jugará "Pesca pesca" unas cinco veces más y posteriormente se pedirá que de manera voluntaria otros y otras puedan contar su testimonio. Luego en plenaria y mediante "lluvia de ideas" se analizará sobre las siguientes preguntas:

- ¿Qué se necesita para vivir un embarazo seguro y saludable? ¿Se da en la comunidad?
- ¿Quién o quienes deben garantizar un embarazo seguro y saludable?
- ¿Hay una edad adecuada en hombres y mujeres para vivir un embarazo? Si/No ¿Por qué?
- ¿Cómo era antes y como es ahora vivir un embarazo? ¿Es mejor, peor, por qué?
- ¿Es igual el embarazo en una mujer adulta que en una mujer adolescente? Si/No ¿Por qué?

5. La o el facilitador reforzará esta parte mencionando algunos datos sobre la salud materna en Bolivia y los derechos de las mujeres embarazadas en los centros de salud.

6. Para la siguiente actividad, la o el facilitador debe valorar la apertura y el nivel de sensibilización hasta aquí logrado. La actividad consiste en producir el video "Jesucristo habla del aborto masculino" (ver material 2), sobre el que se compartirán opiniones. El objetivo es que las y los participantes se lleven este tema para analizarlo de manera más personal.

- i. La importancia de vivir una maternidad segura y plena, en compañía de la pareja (si es que la hay) y la familia (madre, hijos, hermanas, madrina, amigas y vecinas de la comunidad).
- ii. Hay algunas condiciones que deben considerarse cuando se decide tener un o una hija.
- iii. Bolivia reconoce el derecho a la maternidad. Por lo que este derecho está garantizado por una normativa nacional.

- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Ideas para la reflexión final



• Evaluación del taller



a. Material 1: Láminas (cada una hoja bon tamaño oficio).



b. Material 2: Link de video

Jesucristo habla del aborto masculino: <https://www.youtube.com/watch?v=ac-JweVOqOH8>

- Se puede emplear música andina relajante para los momentos de meditación.
- Al finalizar el taller se puede entregar “el violentometro”, material elaborado por el CIES, con la finalidad de que las y los participantes puedan realizar una reflexión individual sobre cómo está su relación de pareja, respecto a violencia.

• **Material de apoyo**



• **Variaciones**



Tema 2

La Salud Materna, una responsabilidad colectiva

• **Lectura de apoyo**



1. Etapas del embarazo

i. Preembarazo

En el preembarazo, además de lo ya mencionado en el anterior tema, es importante realizar una consulta médica preconcepcional que será útil para:

- Valorar su estado de salud.
- Identificar factores de riesgo suyos o de su pareja que puedan complicar el embarazo.
- Asumir estilos de vida saludables para que su hijo/a nazca sano.
- Detectar si ha estado expuesta a determinadas enfermedades infecciosas por ejemplo VIH, toxoplasmosis, hepatitis B, etc.

ii. El embarazo

a. Importancia del control del embarazo

El control prenatal, permite vigilar el crecimiento y la vitalidad del bebé, la evolución del embarazo, facilitar información educativa para la salud de la madre, del bebé, la familia y la comunidad, con el objetivo de asegurar un embarazo sin complicaciones y el desarrollo y nacimiento saludable de la wawa.

b. Desarrollo del embarazo

El primer trimestre. Es el periodo más importante para la formación de la wawa, aquí es donde comienza la formación de todos sus órganos y sistemas. La mayor parte de los abortos, defectos y/o malformaciones se producen en este tiempo, por eso es importante que se tenga mucho cuidado con la alimentación, consumo de alcohol, drogas y medicamentos.

El segundo trimestre. Se desarrollan los órganos, comienza el crecimiento y aumento de peso de la wawa, comienza a moverse y patear, además ya se puede ver la barriga (panza) de la embarazada.

El tercer y último trimestre. La wawa en formación sigue creciendo, aumentando de peso, y sus órganos terminan de madurar, puede ver y escuchar, se mueve más y sus pulmones están listos para respirar, la futura madre se empieza a preparar para el parto.

Es trascendental comprender que la salud y bienestar físico y emocional de la madre afectan directamente al buen desarrollo de la wawa.

2. Cuidados durante el embarazo

Las mujeres embarazadas tienen necesidades especiales durante todo el embarazo, entre estos:

- Consumir los alimentos y líquidos debidamente preparados. Con alimentos naturales y frescos, consumir alimentos ricos en hierro, minerales y vitaminas.

- Mantener un buen aseo de los dientes y de sus partes íntimas para evitar posibles infecciones.
- Tomar las tabletas de hierro, según las indicaciones del personal de salud.
- Solo tomar medicamentos recetados por el personal de salud con receta médica.
- Usar ropa cómoda, suelta, que no le aprete y zapatos planos sin taco.
- No sufrir maltratos y evitar situaciones de violencia.
- No consumir bebidas alcohólicas, cigarrillos, medicinas o hierbas no recetadas por el personal de salud o personas conocedoras.
- No levantar o cargar cosas pesadas, descansar todo lo posible, no caminar grandes distancias ni estar paradas o sentadas durante mucho tiempo.
- Evitar en lo posible ver o asistir a situaciones tristes.
- Hablarle a su wawita, decirle que lo espera y lo quiere.
- La mujer embarazada necesita apoyo de la pareja, familia y la comunidad para alimentarse bien, descansar y no sufrir maltratos ni violencia.

3. Cambios durante el embarazo

Conocerlos los cambios tanto físicos y psicológicos durante el embarazo, puede ayudar a sobrellevarlos y evitar preocupaciones innecesarias.

i. Cambios Físicos

El cuerpo de la madre irá modificándose al mismo tiempo que la wawita se vaya formando y creciendo. A continuación, se presentan una serie de síntomas.

Síntomas que no deben alarmar:

- Tensión mamaria, mamas más sensibles, sobre todo con los cambios de temperatura.
- Nauseas o vómitos.
- Sensación de cansancio.
- Orinar frecuentemente.
- Molestias en el bajo vientre, semejante al síndrome premenstrual.
- Aparición o aumento de varices.
- Molestias digestivas (digestiones lentas, ardores).
- Estreñimiento, hemorroides.
- Cambios en la pigmentación de la piel (areola mamaria, cara).
- Cambios de humor.

Síntomas por los que se debe ir al centro de salud

- Vómitos intensos y persistentes.
- Diarrea importante.
- Dolor o molestias al orinar.
- Dolor de cabeza no habitual.
- Hinchazón en pies y tobillos que no desaparezca con el reposo.
- Fiebre elevada.

Síntomas por los que se debe ir cuanto antes al hospital

- Sangrado intenso o pérdida de líquido por vagina (no flujo).
- Dolor abdominal intenso (al inicio del embarazo) o contracciones uterinas dolorosas.

- Dolor de cabeza muy intenso.
- Disminución de los movimientos del feto (en las últimas semanas de embarazo).

ii. Cambios Emocionales

Cada mujer experimenta su propia vivencia de embarazo, única y diferente a las demás. Dependerá de la forma de ser de cada persona, de las circunstancias que la rodean y de los recursos y apoyos que disponga en cada momento. Los cambios emocionales pueden afectar a la madre como a su pareja en su caso, y a las personas con las que convive. Es normal que las sensaciones de alegría y placer se alternen con sentimientos de duda, miedo e inseguridad ante la nueva situación. El apoyo de la pareja, la familia, la comunidad y el personal de salud, contribuyen a vivir el embarazo de manera positiva y gratificante.

4. El parto

a. Comienzo del parto ¿Cuándo acudir al centro de salud?

En las últimas semanas de embarazo hay molestias que pueden ser muy variadas y diferentes en cada mujer y embarazo:

- Mayor presión en la parte baja del abdomen, debido a que la cabeza fetal está encajada en la pelvis comprimiendo también la vejiga, haciendo que orine más frecuentemente pero menos cantidad.
- Puede notar ligeras contracciones, pero de forma irregular que no suelen ser dolorosas, estas contracciones suelen aparecer sobre todo por la tarde y noche, no son de parto, pero sí preparan el cuello del útero para él, suelen ceder con el descanso.
- Va a notar un aumento del flujo vaginal que puede hacerle pensar que se ha roto la bolsa, ante la duda acuda a un centro de salud.
- También puede presentar un ligero sangrado o manchado cuando se acerca el parto debido a la expulsión del tapón mucoso que cerraba el cuello del útero.

b. La labor de parto

Todas las mujeres pueden tener problemas durante el parto que pongan en peligro su vida y la de la wawita. Por ello es preferible que las mujeres, sus parejas, sus familias y la comunidad hagan lo posible para que el parto se realice en un establecimiento de salud. Los síntomas son:

- Contracciones intensas que no ceden con el reposo ni el cambio de postura, que suceden de forma regular cada cinco minutos durante al menos una hora.
- Cuando se rompa la bolsa de las aguas, tenga o no contracciones es motivo urgente para acudir siempre al centro de salud.

La labor de parto tiene las siguientes fases:

1ra -Fase de Dilatación

Consiste en el ensanchamiento del cuello uterino y esto se produce gracias a las contracciones uterinas, las primeras contracciones son las que van a producir el ablandamiento y borramiento del cuello; suelen ser contracciones cortas de poca intensidad e irregulares.

Esta es la fase más larga del parto, las contracciones suelen ser más dolorosas e irregulares, apareciendo cada dos o tres minutos, la dilatación completa se alcanza a los 10 cm.

2da Fase - Período expulsivo

Empieza cuando la dilatación es completa. Las contracciones son más intensas, pero más espaciadas y acompañadas de deseo de pujar.

Con estas contracciones y con sus pujos la wawita irá descendiendo poco a poco a través del canal del parto hasta salir por la vulva, si todo va bien no será necesario realizarle ningún corte. Tras la salida de su bebé, lo pondrán sobre su pecho, contacto piel con piel, ésta es una práctica beneficiosa tanto para el recién nacido como para la madre.

3ra fase - Período de alumbramiento

Empieza después del expulsivo y termina con la expulsión de la placenta. Tras esto se revisará el canal del parto comprobando si se han producido desgarros y necesita suturas; después deberá permanecer en la sala de partos durante dos horas, donde irán comprobando sus signos vitales, sangrado y contracciones uterinas. Este es el llamado período de puerperio inmediato.

Si se desea y la evolución del parto así lo permite, la pareja de la mujer u otra persona de su elección puede acompañar durante todo el proceso de dilatación, parto y posparto.

c. El Puerperio

Es el período de tiempo que va desde la expulsión de la placenta hasta aproximadamente 6 semanas después. Durante este tiempo, el cuerpo de la mujer empezará a recuperarse ya que se producen una serie de cambios.

- Los primeros días es normal que se sienta débil y cansada, por ello es vital descansar y buscar ayuda en la pareja y familiares.
- En los genitales puede notar molestias sobre todo si tiene algún punto, se debe mantener una buena higiene y cambiarse de compresa frecuentemente.
- El útero debe volver a su tamaño, esto puede ser doloroso.
- Hay expulsión de líquidos por la vagina, son restos de sangre y moco procedentes del útero, estos irán disminuyendo progresivamente.
- Es normal sentir tristeza o ganas de llorar después del parto, lo que desaparecerá en pocas semanas, esto es debido al cambio tan brusco de niveles de hormonas en el cuerpo.
- Tras el alta del Centro de Salud se deberá ponerse en contacto con el personal de salud de Pediatría para que le realicen a la wawita alrededor de su quinto día de vida las pruebas metabólicas o prueba del talón.

En este período también pueden aparecer complicaciones, por eso la mujer debe cuidarse y consultar con su médico ante cualquier duda o signo de alarma, por ejemplo: fiebre de 38°C o mayor, líquidos malolientes, dolor o inflamación en las mamas, dolor, sangrado vaginal aumentado con coágulos o restos de membranas, molestias al orinar, dolor en las piernas, dolor de cabeza intenso y/o alteraciones visuales, etc.

En todos los hospitales y establecimientos de salud públicos, la atención del parto incluyendo la cesárea, las medicinas que necesita la mujer en ese momento, así como la atención de las complicaciones son gratuitas, porque están cubiertas por el Seguro Universal de Salud (SUS). El bono Juana Azurduy reconoce 120 bolivianos a las madres que tengan partos atendidos en establecimientos de salud o partos asistido y certificado por personal de salud, más su control siete días después del parto.

5. Lactancia materna

Si todos los niños y niñas fueran alimentados exclusivamente con lactancia desde el nacimiento, mejoraría sus condiciones actuales, debido a que la leche materna es el alimento perfecto para el niño durante los primeros seis meses de vida en forma exclusiva y hasta los dos años en forma complementaria. El calostro es la primera leche que produce la madre después del parto, lo protege contra infecciones, enfermedades y es un laxante natural para el recién nacido.

La leche materna garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño y fortalece el vínculo afectivo. La leche materna protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes.

Es importante poner a el/la recién nacido/a en el pecho de la madre inmediatamente después del nacimiento, para que pueda recibir la primera leche materna llamada “calostro” y el calor materno. La madre debe ponerse en posición cómoda para alimentar a la wawa/bebé cuando quiera y la cantidad que quiera. La lactancia debe ser exclusiva (sólo pecho de la madre) hasta los 6 meses; luego se debe intercalar con otros alimentos ricos en trientes, evitando aditivos y conservantes. Después de los 6 meses la wawita tienen derecho a la dotación de micro nutrientes. (Vitamina A y chispitas nutricionales).

6. Recomendaciones para la pareja, la familia y la comunidad

La pareja, la familia y la comunidad tienen la responsabilidad de apoyar y cuidar a la mujer embarazada. Por lo que se recomienda:

a. A la pareja

- En la medida de lo posible es importante que la pareja asista a los controles, para que se involucre en la etapa del embarazo, conozca al médico y siga la evolución de la wawita. En este sentido se espera que él asista al menos a 2 consultas y esté presente por lo menos un estudio ecosonográfico.
- Comprender y apoyar a la embarazada ante sus cambios de carácter, como crisis de angustia, llanto inesperado, inseguridad, tristeza y enojo es necesario tener mucha paciencia.
- Apoyar con los quehaceres cotidianos y el cuidado de los/as hijos/as en la casa.
- Preparar un bolso con lo necesario en artículos de primera necesidad y ropa para la futura madre y la wawita, será útil para el momento del parto.
- Tener a la mano y bajo cuidados, la documentación importante (cédula de identidad, carnet prenatal, recetas médicas, etc.), más aún en el momento del parto.

A la familia

- Identificar el establecimiento de salud más cercano, donde se realicen referencias en casos de partos complicados.
- Demostrar cariño a la mujer y a la wawita que está en el vientre (hablarle, cantarle, decirle que se la quiere y se la espera, etc.) Esto contribuirá a estrechar los lazos de afecto familiar.

A la comunidad

- Promover formas de protección ante cualquier tipo de violencia contra la mujer, en particular la embarazada.
- Identificar a las mujeres embarazadas y en puerperio (después del parto), para poder priorizar sus necesidades básicas y en caso necesario evacuarlas primero.
- Gestionar y priorizar la dotación de alimentos y suplementos alimentarios, para las mujeres embarazadas y las que se encuentran en periodo de lactancia.
- Gestionar el adecuado funcionamiento (calidad y calidez) de los establecimientos de salud.

7. Prácticas culturales saludables para la etapa del embarazo y la maternidad

En el año 2013 tras la promulgación de la Ley N°459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana que reconoce la medicina tradicional e incluye a las parteras. Desde finales de la década de 1980, la OMS considera que la partería capacitada es una alternativa para prevenir la mortandad materna y prenatal.

En Bolivia más de la mitad de los habitantes tiene origen indígena en su mayoría quechuas y aymaras por lo que las parteras son parte fundamental de la medicina tradicional y su práctica está muy arraigada en la zona rural. Muchas mujeres consideran a las parteras como miembros de su familia y las llaman "tías".

Taller 2

La Salud Materna, una responsabilidad colectiva

• Objetivo

Reconocer los factores que favorecen la salud materna en la pareja, la familia y la comunidad.

• Presentación y desarrollo

1. Se iniciará con el registro en planillas y dotación de una tarjeta para los nombres de participantes.

2. Se continuará con la técnica “Dilatación grupal”, para lo que el grupo se coloca en círculo y simulará que están en proceso de dilatación, previo al parto, para ello todas y todos los participantes inflaran sus globos y deberán ponérselos en el vientre, debajo de una polera, chompa o manta, de modo que quede como un vientre de mujer embarazada, el mismo que debe ser cuidado y protegido hasta que termine la dinámica.

3. Seguidamente, la o el facilitador guiará una serie de respiraciones, indicando que al respirar se sube las manos con las palmas arriba, desde el vientre hasta el pecho. Al exhalar se baja las manos con las palmas hacia abajo. El ejercicio debe hacerse lo más lentamente posible. Se repite el ejercicio unas 6 veces. Posteriormente, la o el facilitadora indicará que la respiración es muy recomendable en el proceso de dilatación de una mujer que está en labor de parto. Luego, cada participante comentará como se sintió con la actividad y dará una recomendación para una mujer embarazada.

4. En la segunda parte se trabajará con la técnica de discusión grupal “Conversatorio con la partera”, para lo cual, previamente, se hace la invitación a una partera tradicional de la comunidad. La o el facilitador indica las consignas de la actividad:

- La partera y todo el grupo forman un círculo y se ponen cómodos en sus asientos.
- La partera se presenta y cuenta brevemente su experiencia de formación como partera tradicional (nombre, ¿Desde cuándo ejerce el oficio de partera? ¿Cómo aprendió a desarrollar el oficio? ¿Cuántos partos a asistido? ¿Qué requisitos se necesita para ser partera? ¿Qué es lo que más le gusta de ese trabajo?).

Tiempo



Aproximadamente 2 horas.

Materiales



- Tarjetas para los nombres de los y las participantes
- Globos grandes de un solo color
 - Maskin
 - Papelógrafos
 - Marcadores
- Computadora portátil
 - Data Display
 - Parlantes

- Los y las participantes van realizando voluntariamente preguntas sobre los factores y cuidados que favorecen una buena maternidad, mientras el facilitador va registrando las preguntas y las repuestas centrales.

5. La o el facilitador puede iniciar (si el grupo está muy tímido) y/o complementar el conversatorio con las siguientes preguntas:

- ¿Qué cuidados se deben dar a las mujeres embarazadas en la etapa prenatal?
- ¿Qué cuidados se deben dar a las mujeres en proceso de parto?
- ¿Qué cuidados necesita la mujer en la etapa del puerperio?
- ¿Qué recomendaciones se puede dar a la mujer para la lactancia y alimentación de ella?
- ¿Qué señales de peligro hay y que cuidados necesita un recién nacido o nacida?
- ¿Cómo se puede proteger la mujer de un nuevo embarazo?
- ¿Qué deben hacer el padre y los hijos para apoyar a la madre y la wawita en estas etapas?
- ¿Cómo se puede complementar la atención de la partera con el Centro de Salud?

i. El embarazo tiene diferentes etapas donde se presentan varios cambios físicos y psicoemocionales, por lo que la mujer necesita de cuidados especiales: en su alimentación, descanso, evitar trabajos muy pesados, etc.

ii. Esta etapa requiere de un acompañamiento con cariño y amor por parte de la pareja, los hijos y la familia, para que la mujer pueda tener un embarazo saludable.

iii. Hay algunas prácticas culturales que ayudan a la maternidad segura y plena pero también hay otras que pueden causar daños o poner en riesgo la salud de la madre y la wawa.

iv. Garantizar la maternidad segura y saludable posibilita tener las mejores condiciones de formación, desarrollo y nacimiento de un nuevo ser.

- Lo que me gusto.
- Lo que no me gusto.
- El aprendizaje que me llevo para mi vida.
- Lo que se puede mejorar.

• Ideas para la reflexión final



• Evaluación del taller



a. Material 1: Link de video

“Chicos experimentan dolores de parto”: <https://www.youtube.com/watch?v=O-QbBsKTOIoc>

Con la finalidad de valorar y fortalecer las recomendaciones de cuidado de las mujeres en todo el proceso del embarazo, pero fundamentalmente con para crear empatía de los hombres en este proceso, se reproducirá el video “Chicos experimentan dolores de parto” (material de apoyo 1), es un experimento social mexicano pero que sirve para el propósito. Luego del video se puede compartir opiniones. Si solo se trabaja con mujeres se pondrá énfasis en la importancia de que las parejas o esposos puedan participar y acompañar el embarazo. En caso de solo trabajar con hombres las preguntas pueden ampliarse a:

- ¿Qué opinan del video? ¿Se animarían a experimentar lo mismo?
- ¿Qué fue lo que más llamo la atención del video? ¿Por qué?
- ¿Cuánto tiempo tardaron sus esposas o parejas en una labor de parto?
- ¿Nos atreveríamos a estar en el momento del alumbramiento de nuestra wawa?
- ¿Conocemos los riesgos para la mujer y la wawa en el proceso del parto?
- ¿Cómo cambia el cuerpo de la mujer después del parto?
- ¿Cómo podemos fortalecer nuestro rol de pareja en el embarazo y nuestra paternidad en la familia?

• Material de apoyo



- Referencias Bibliográficas

• Referencias Bibliográficas

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria . (2011). *Guía de cuidados en el embarazo- Consejos de su matrona*. Madrid: INGESA.

Ministerio de Salud y Deportes. (2013). *Guía Nacional para la Atención Integral Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes "Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida"*. La Paz - Bolivia .

Aguayo, F., Ibarra Casals, D., & P, P. (2015). *Prevención de la violencia sexual con varones, MANUAL para el trabajo grupal con adolescentes y jóvenes*. Montevideo, Uruguay.

Almarza., M. J. (2015). *Maternidad y ruralidad: Experiencias de ser madres en un sector rural*. Chile .

Ayuntamiento de Málaga - Área de Igualdad de Oportunidades . (s.f.). *Vivir en Igualdad. Guía Didáctica Sobre Coeducación - Guía para Padres y Madres*. Malaga .

Butti, F. (28 de Febrero de 2021). *Adolescencia y juventud. Entre los estereotipos y la construcción de la subjetividad*. Villa María: Universidad Nacional de Villa María. Obtenido de http://biblio.unvm.edu.ar/opac_css/doc_num.php?explnum_id=1064

Católicas por el Derecho a Decidir. (2013). *Guía educativa para la prevención de violencia basada en género y noviazgos violentos*. La Paz - Bolivia .

Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad de Alicante y FECO. (s.f.). *Guía para evitar amores que matan o cómo prevenir los riesgos de violencia en la pareja*. España.

Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza. (2016). *Atención Integral y Diferenciada para Adolescentes y Jóvenes*. Módulo Municipal de Salud. El Alto - La Paz.

Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza. (2016). *Guía curricular y metodológica en Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos y el Derecho de Vivir Libre de*

Violencia. El Alto - Bolivia.

CIES Salud Sexual Reproductiva . (2015). *Guía de Sensibilización y Orientación en Educación Sexual Integral para Madres, Padres y Profesores de Niñas, Niños y Adolescentes de 6 a 11 años*. La Paz – Bolivia.

CIES Salud Sexual y Salud Reproductiva. (s.f.). *Guía de capacitación en liderazgo y sexualidad para jóvenes*. La Paz - Bolivia.

Confederación Nacional de Mujeres Indígena Originaria Campesina "Bartolina Sisa", UNFPA Bolivia. (2018). *Cartilla para realizar incidencia a favor de la salud de las mujeres y los derechos sexuales y reproductivos*. La Paz - Bolivia.

Escuela de Formación en el Tiempo Libre Urtxintaxa. (Marzo de 2021). *Manual de recursos para la participación juvenil. Juegos, ideas y herramientas para dinamizar el ocio y el tiempo libre y la participación juvenil*. Obtenido de https://www.plataformaong.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1457608640_ca233_c_herramientas_dinamizacion_participacion_juvenil.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. (2019). *50 años por el derecho a decidir. Derechos Sexuales y derechos reproductivos*. La Paz-Bolivia.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2017). *Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos los mas Humanos de los Derechos*. La Paz - Bolivia .

Fons-Martínez, J., Aviñó, D., Talavera, M., Paredes-Carbonell, J. J., & García Puig, M. (2 de Marzo de 2021). *"Jo com tu" Guía didáctica para dinamizar talleres de prevención de violencia en parejas jóvenes*. Obtenido de <http://fisabio.san.gva.es/documents/10157/7d52f2b7-b4be-4da9-8b52-22a0c4d1c738>

Fundación ANESVAD. (2016). *Modelo Municipal de Salud-Atención Integral y diferenciada de Adolescentes y jóvenes*. El Alto – Bolivia.

Fundación Huésped. (s.f.). *Guía sobre salud sexual y reproductiva y diseño de proyectos para organizaciones sociales*. Buenos Aires Argentina.

Fundación Mexicana para la Salud A.C. (2011). *Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS, Dirigida a personal de servicios de salud*. D.F. Mexico.

Galindo, M., & Paredes, J. (1998). *Sexo, Placer y Sexualidad*. Ediciones. La Paz-Bolivia.: Mujeres Creando.

Gobierno Vasco . (2017.). *Guía del embarazo, pre-concepción, parto y puerperio saludable desde el primer momento*. Vitoria-Gasteiz.

Gurises Unidos, Plan CAIF. (s.f.). *Guía Metodológica, Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género*, Cuarta edición.

INE Bolivia . (5 de Marzo de 2021). *Tasa global de fecundidad por departamento y promedio de nacidos vivos en mujeres de 40 a 49 años, EDSA 2016*. Obtenido de <https://www.ine.gob.bo/index.php/page/2/?s=fecundidad>

Instituto Nacional de Estadística - INE. (2017). *Encuesta de Demografía y Salud ENDSA 2026*. La Paz Bolivia: INE.

Instituto Nacional de Estadística. (2018). *Bolivia: Estudio temático del embarazo adolescente -Encuestas de Demografía y Salud 2008 y 2016*. La Paz – Bolivia.

Madrigal Rajo, L. J. (s.f.). *Guía de masculinidades. Un aporte a la escuela para la educación en género*. Santo Domingo – República Dominicana.: Centro Cultural Poveda.

Ministerio de la Protección Social, UNFPA. (2011). *Guía de prevención de VIH/Sida*. Bogota - Colombia .

Ministerio de Salud de Nicaragua . (2014). *Manual de Capacitación en Salud Sexual Reproductiva para Personal de Salud dirigido a Adolescentes*. Managua : MINSA.

Ministerio de Salud y Deportes . (2018). *Cartilla de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Consentimiento informado y métodos anticonceptivos*. La Paz - Bolivia.

Ministerio de Salud y Deportes. (2012). *Norma Nacional, Reglas, Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción*. La Paz - Bolivia .

Ministerio de Salud y Deportes, UNFPA Bolivia. (s.f.). *Maternidad Segura*. La Paz - Bolivia .

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). (3 de Marzo de 2021). *El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina*. Documento técnico N.º 5. Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dt.5_el_embarazo_y_la_maternida

Ministerio de Salud y Dpertes . (2013). *Salud Familiar Comunitaria Intercultura - Documento técnico estratégico*. La Paz - Bolivia .

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Guía didáctica de los cortometrajes “Encuentra el verdadero amor” para la prevención de la violencia de género*. Madrid - España.

Mirta, M. (2011). *Educación sexual integral Para charlar en familia*. Buenos Aires - Argentina : Ministerio de Educación de la Nación.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2018). *Manual y caja de herramientas de perspectiva de género para talleres comunitarios*. Mexico .

Organizacion Mundial de la Salud. (2018). *La Salud Sexual y su relación con la Salud Reproductiva: Un enfoque operativo*. Argentina .

Organización Mundial de la Salud. MINSA, OPS/OMS, . (2012). *Normas para la Atención Integral a las personas con VIH. 1 Serie de Publicaciones Técnicas sobre VIH/ITS/SIDA*. Panamá.

OXFAM Bolivia . (2021). *Valores que guian a los jovenes en sus relaciones de pareja y respecto a la violencia machista. La evolución del indice de valores patriarcales*

(2026 - 2020). La Paz - Bolivia .

Palacios, J. (28 de Febrero de 2021). **Jóvenes y publicidad. Estereotipos, prejuicios, invisibilizarían y adulto centrismo.** Revista Luciérnaga. Universidad Autónoma de San Luis Potosí - México. Año 9, Edición 17. Medellín, Colombia. 2017. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6563561.pdf>

Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD. (2012). **Masculinidades plurales: reflexionar en clave de géneros.** Buenos Aires - Argentina .

Red UNO. (3 de Marzo de 2021). **De enero a julio, Bolivia tiene una media de 90 embarazos por día en niñas y adolescentes.** Obtenido de <https://www.reduno.com.bo/noticias/de-enero-a-julio-bolivia-tiene-una-media-de-90-embarazos-por-dia-en-ninas-y-adoles>

Revista El Universo . (10 de Febrero de 2021). **¿Quién tiene la edad del burro? Mitos sobre la adolescencia.** Obtenido de <https://www.eluniverso.com/larevista/2020/07/23/nota/7916904/adolescencia-desarrollo-emocional-conducta-rebeldia>.

Otros sitios visitados:

<https://beijing20.unwomen.org/es/in-focus/human-rights>

<https://www.sdsnbolivia.org/el-vih-esta-incrementando-en-bolivia-pero-queda-concentrado-en-pocos-municipios/>

<http://www.nu.org.bo/noticias/los-derechos-humanos-de-las-personas-viviendo-con-vih/> La Paz, 27 de enero de 2015

<https://www.hacerfamilia.com/familia/comunicacion-padres-hijos-conflictos-familiares-confianza-20170627120711.html>

<https://www.hacerfamilia.com/familia/comunicacion-padres-hijos-conflictos-familiares->

[confianza-20170627120711.html](https://www.hacerfamilia.com/familia/comunicacion-padres-hijos-conflictos-familiares-confianza-20170627120711.html)

<https://www.clikisalud.net/8-aspectos-de-salud-a-considerar-antes-del-embarazo/>

<https://www.msf.org.ar/actualidad/bolivia-aumentando-acceso-servicios-salud-materna-el-alto>

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12632:safe-motherhood-lac&Itemid=42199&lang=es



Alianza por la
Solidaridad

Member of

act:onaid

Con el Apoyo de:



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Transparència,
Responsabilitat Social,
Participació i Cooperació





Alianza por la
Solidaridad

Member of
act:ionaid

Con el Apoyo de:



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Transparència,
Responsabilitat Social,
Participació i Cooperació