

**FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA UTILIZACIÓN DE LA
ANTICONCEPCION EN LOS ESTUDIANTES DE I, II y III SEMESTRE DE LA
UNIVERSIDAD DE NARIÑO**

**BLANCA JOSEFINA PAEZ
MARIA NILSA LOPEZ O.
JAIME GUERRERO**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE EDUCACION
POSTGRADO EN DOCENCIA UNIVERSITARIA
SAN JUAN DE PASTO
2005**

**FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA UTILIZACIÓN DE LA
ANTICONCEPCION EN LOS ESTUDIANTES DE I, II y III SEMESTRE DE LA
UNIVERSIDAD DE NARIÑO**

**BLANCA JOSEFINA PAEZ
MARIA NILSA LOPEZ O.
JAIME GUERRERO**

**Trabajo de Grado para Optar al Título de
Especialista en Docencia Universitaria**

**Asesora
Dra. BARBARA MORA ESPINOZA**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE EDUCACION
POSTGRADO EN DOCENCIA UNIVERSITARIA
SAN JUAN DE PASTO
2005**

Las ideas y conclusiones aportadas en el presente trabajo de Grado, son responsabilidad exclusiva de sus autores.

Artículo 1° del Acuerdo No. 324 de 11 de Octubre de 1966, emanado del Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, Mayo de 2005

AGRADECIMIENTOS

La realización de este trabajo pudo ser posible gracias a la colaboración de nuestra Coordinadora Mg. Martha López, Asesora Mg. Bárbara Mora, Jurados Mg. Nancy Cerón, Mg. Cristina Cerón; quienes con su calidad humana y sus conocimientos nos dieron una adecuada orientación durante este dispendioso estudio.

A los profesores y estudiantes, quienes a pesar de sus onerosas responsabilidades tuvieron a bien colaborar con sus valiosos aportes en pro de la consecución del propósito de este estudio.

DEDICATORIA

A los protagonistas, adolescentes de pregrado de la Universidad de Nariño, quienes permitieron sumergirnos en su mundo, en sus sentimientos, en sus vivencias y manifestaciones relacionadas con el conocimiento, actitud y práctica de su sexualidad, referente a la anticoncepción. Quienes sueñan con un mundo mejor y lucha por conquistar una vida más real, más sincera y más auténtica.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION	28
1. ASPECTOS CIENTIFICOS	30
1.1 TITULO	30
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	30
1.3 SURGIMIENTO DEL ESTUDIO	30
1.4 PREGUNTAS ORIENTADORAS	34
1.5 OBJETIVOS	34
1.5.1 Objetivo General	34
1.5.2 Objetivos Específicos	35
1.6 JUSTIFICACION	35
2. MARCO REFERENCIAL	37
2.1 MARCO CONTEXTUAL	37
2.1.1 Entorno Específico	37
2.1.2 Identificación y Ubicación Geográfica	37
2.1.3 Reseña Histórica	37
2.1.4 Misión	38
2.1.5 Visión	39
2.1.6 Marco de Antecedentes	44
2.1.7 Aspectos que contemplan el PIU	45
2.2 MARCO TEORICO	46
2.2.1 Reproducción y Sexualidad	48
2.2.2 El Ciclo Menstrual	49
2.2.3 Embarazo	50
2.2.4 Métodos Anticonceptivos	50
2.2.5 Métodos de Planificación Familiar Definitivos	54
2.2.6 Sexualidad y Educación	67
2.2.7 Ética y Valores humanos	74
2.3 MARCO CONCEPTUAL	78
2.3.1 Planificación Familiar	78
2.3.2 Anticoncepción	78
2.3.3 Factor de Conocimiento	78
2.3.4 Factor Actitudinal	78
2.3.5 Factor de práctica	78
2.4 MARCO LEGAL	79
3. ASPECTOS METODOLOGICOS	81
3.1 TIPO DE INVESTIGACION	81
3.1.1 Cuantitativo	81

3.2 ENFOQUE DE INVESTIGACION	81
3.2.1 Descriptivo propositivo	81
3.3 POBLACION	81
3.4 MUESTRA	81
3.5 TECNICAS PARA ANALIZAR LA INFORMACION	84
3.5.1 Instrumentos	84
3.6 ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION	84
3.6.1 Relación de factores de conocimientos, actitud y práctica	102
4. PROPUESTA PEDAGOGICA	103
CONCLUSIONES	130
RECOMENDACIONES	131
BIBLIOGRAFIA	132
ANEXOS	134

LISTA DE CUADROS

		pág.
Cuadro 1.	Clasificación de las Condiciones de Salud para Optar a una Esterilización Femenina	55
Cuadro 2.	Porcentaje de Mujeres que Experimentaron un Fracaso Anticonceptivo Durante el Primer Año de Empleo y Porcentajes que Continuaron con el Empleo al Final del Primer Año	56
Cuadro 3.	Criterios de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos Según la O.M.S.	58
Cuadro 4.	Anticonceptivos Orales Combinados Disponibles en Colombia. Composición y Aporte Hormonal por Ciclo.	59
Cuadro 5.	Criterios Médicos de Elegibilidad para Iniciar el Uso de Anticonceptivos Inyectables Combinados	60
Cuadro 6.	Criterios Médicos de Elegibilidad para Iniciar el Uso de un DIU con Cobre	62
Cuadro 7.	Esterilización Masculina – Pocas Restricciones, Pocas Preocupaciones	64

LISTA DE GRAFICAS

	pág.
Gráfica 1. Tiempo de Duplicación del Crecimiento de la Población a Diferentes Tasas , con Países Representativos y Curva de Crecimiento de la Población Mundial	65
Gráfica 2. Tasa de Abortos por Grupo de Edad en Estados Unidos. 1989	66
Gráfica 3. Porcentaje de Mujeres que Experimentan Fracaso Anticonceptivo Durante los 12 Primeros Meses del Empleo, por Edad y Método, Estandarizado para Raza y Estado Marital	67
Gráfica 4. Estudiantes de Pregrado Por Semestre	85
Gráfica 5. Distribución Porcentual de Estudiantes por Edad de la Universidad de Nariño 2004	86
Gráfica 6. Clasificación de Estudiantes por Género	87
Gráfica 7. Procedencia	88
Gráfica 8. Estado Civil de los Estudiantes	89
Gráfica 9. Descripción Porcentual del Concepto de Planificación Familiar	90
Gráfica 10. Reconocimiento de los Métodos de Planificación Familiar por los Estudiantes	92
Gráfica 11. Manifestación Acerca de las Dificultades que Tienen los Estudiantes para el Acceso a los Métodos Anticonceptivos	93
Gráfica 12. Razones para un Embarazo no Planeado	94
Gráfica 13. Consecuencias Negativas del Embarazo en Adolescentes	96

Gráfica 14.	Opinión de los Estudiantes Frente al Uso de Métodos Anticonceptivos	97
Gráfica 15.	Opinión de los Estudiantes Sobre una Propuesta de Planificación y Consejería Familiar	98
Gráfica 16.	Estrategias para Desarrollar Actividades de Planificación Familiar	100
Gráfica 17.	Opinión de los Estudiantes Acerca de la Información Recibida Sobre Planificación Familiar en la Universidad	101

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Estudiantes de Pregrado por Semestre	85
Tabla 2. Distribución Porcentual de Estudiantes por Edad de la Universidad de Nariño 2004	86
Tabla 3. Clasificación de Estudiantes por Género	87
Tabla 4. Procedencia	88
Tabla 5. Estado Civil de los Estudiantes	89
Tabla 6. Descripción Porcentual del Concepto de Planificación Familiar	90
Tabla 7. Reconocimiento de los Métodos de Planificación Familiar por los Estudiantes	91
Tabla 8. Manifestación Acerca de las Dificultades que Tienen los Estudiantes para el Acceso a los Métodos Anticonceptivos	93
Tabla 9. Razones para un Embarazo no Planeado	94
Tabla 10. Consecuencias Negativas del Embarazo en Adolescentes	95
Tabla 11. Opinión de los Estudiantes Frente al Uso de Métodos Anticonceptivos	97
Tabla 12. Opinión de los Estudiantes Sobre una Propuesta de Planificación y Consejería Familiar	98
Tabla 13. Estrategias para Desarrollar Actividades de Planificación Familiar	99
Tabla 14. Opinión de los Estudiantes Acerca de la Información Recibida Sobre Planificación Familiar en la Universidad	101

LISTA DE ANEXOS

		pág.
Anexo A.	Encuesta Aplicada a Estudiantes de I, II y III Semestre	135
Anexo B.	Operacionalización de Variables	138
Anexo C.	Consolidado Estadístico y Porcentual de la Encuesta I Semestre	139
Anexo D.	Consolidado Estadístico y Porcentual de la Encuesta II Semestre	140
Anexo E.	Consolidado Estadístico y Porcentual de la Encuesta III Semestre	141
Anexo F.	Consolidado Estadístico y Porcentual de la Encuesta de Pregrado de los Tres Semestres	142

GLOSARIO

PLANIFICACION FAMILIAR: Es el derecho de bdo hombre y de toda mujer a decidir libremente si desea tener hijos o no. y cuándo y en qué número los desea tener.

ANTICONCEPCION: Procedimiento, técnicas y estratégicas que pueden alternar o bloquear los procesos reproductivos.

FACTOR DE CONOCIMIENTO: Conjunto de saberes, relacionados con la anticoncepción.

FACTOR ACTITUDINAL: Valoraciones que la persona hace frente a las consecuencias del no uso de métodos anticonceptivos.

FACTOR DE PRACTICA: Acciones de acceso al uso de anticonceptivos.

RESUMEN ANALÍTICO DE ESTUDIO R.A.E.

CÓDIGOS:

13.016.270 Ipiales

27.100.283 Albán

30.701.735 Pasto

PROGRAMA ACADÉMICO: ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA
UNIVERSITARIA

AUTORES:

GUERRERO GUERRERO JAIME HUMBERTO

LÓPEZ ORDOÑEZ MARÍA NILSA

PAEZ SALCEDO BLANCA JOSEFINA

ASESOR:

Dra. BÁRBARA MORA ESPINOZA

TÍTULO: FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA UTILIZACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE I, II Y III SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO.

ÁREA DE INVESTIGACIÓN: INNOVACIONES EDUCATIVAS PARA EL MEJORAMIENTO CUALITATIVO DE LA EDUCACIÓN.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CURRÍCULO Y UNIVERSIDAD

PALABRAS CLAVES: Adolescentes - Anticoncepción - Factor Actitudinal -Factor de Conocimiento — Factor de Práctica — Métodos Anticonceptivos -Planificación Familiar - Reproducción – Sexualidad.

DESCRIPCIÓN: Trabajo de grado que se propone identificar los factores que intervienen en la anticoncepción y la forma como éstos influyen en aspectos tales como los actitudinales, académicos y personales de los estudiantes de los tres primeros semestres de diferentes programas de Pregrado de la Universidad de Nariño.

Algunos de los resultados que se obtuvieron dan cuenta que el conocimiento sobre métodos de anticoncepción es aceptable, el acceso a ellos esta restringido y las consecuencias de la no utilización o incorrecta utilización influyen negativamente tanto en su vida estudiantil como profesional. Los resultados

obtenidos llevaron a la realización de una propuesta pedagógica sobre planificación familiar y sugerir a la Universidad la implantación de ésta, con base a diferentes estrategias metodológicas solicitadas por el grupo de estudiantes sujetos del presente estudio, con el fin de brindar una formación integral al estudiante.

CONTENIDOS: En el capítulo 1 ASPECTOS CIENTÍFICOS. Se habla sobre una realidad que toca a la población en general: La sexualidad, y más específicamente se escoge a los adolescentes, quien en su afán por ser mayores, se encuentran y se enfrentan a una serie de cambios y cuentos que van marcando su rol como protagonistas de la sociedad moderna.

Y en relación a la sexualidad los adolescentes empiezan a ser sexualmente activos cada vez a más temprana edad y lo más preocupante, la mayoría no toma ninguna precaución contraceptiva y profiláctica en sus prácticas sexuales. La consecuencia es que se encuentra un elevado porcentaje de embarazos y nacidos vivos no deseados, además un alto porcentaje de abortos provocados a consecuencia de los embarazos no deseados.

La mortalidad materna es otra consecuencia negativa, siendo ésta 3 veces más alta entre las mujeres de 15 a 19 años.

La información deficiente e incipiente sobre la sexualidad parte muchas veces de la restricción familiar de una parte y de otra de las deficiencias educativas de las instituciones formadoras, quienes hacen a un lado el tema y no implementan propuestas y proyectos sobre la educación sexual.

Se cumplió con los objetivos propuestos en el proyecto al identificar y analizar los factores intervinientes en el tema de la anticoncepción, y se plantea con base a los resultados una propuesta pedagógica para ser desarrollada con la población estudiantil de la Universidad de Nariño.

En el capítulo II MARCO REFERENCIAL, sobre el marco contextual se hace una descripción sobre el entorno de la Universidad de Nariño, y una reseña de diferentes instituciones encargadas de la anticoncepción, en el caso específico de Colombia PROFAMILIA; el marco teórico se apoyo en los referentes teóricos específicos sobre el tema de anticoncepción. El marco legal se respaldó en base a la resolución 03353 de 1993 que establece el desarrollo de programas y proyectos institucionales de educación sexual, y también la Ley 115 de 1994, la Ley General de Educación en relación con la educación sexual artículo 14, literal C.

El capítulo III sobre ASPECTOS METODOLÓGICOS, el enfoque fue descriptivo - propositivo de tipo cuantitativo, aplicado a estudiantes de I, II y III semestre de Pregrado de la Universidad de Nariño, y el instrumento fue una encuesta.

METODOLOGÍA: El tipo de investigación fue cuantitativo, pues se fundamenta en justificar mediante datos estadísticos los factores asociados al uso de la anticoncepción; el enfoque fue descriptivo - propositivo porque se registra las características del fenómeno estudiado y además se presenta una propuesta pedagógica que lleve a la formación integral de los estudiantes. El universo está conformado por los estudiantes de I, II y III semestre de los programas de Pregrado de la Universidad de Nariño, la unidad de trabajo fue tomada en forma aleatoria de cada programa mediante la aplicación de una fórmula estadística y en total la muestra la conformaron 112 estudiantes. El instrumento utilizado para la recolección de la información fue la encuesta.

El proceso de análisis e interpretación de la información se desarrolló en función de valoraciones estadísticas como la frecuencia, apoyados también en gráficas y tablas.

Los resultados mostraron en general que los estudiantes conocen de los métodos anticonceptivos, pero el acceso a ello es restringido por varios factores, las consecuencias son negativas tanto para su vida estudiantil como personal y les parece necesario que la universidad imparta más información sobre el tema de la planificación familiar, que permita generar actitudes de cambio y repercutan en la formación integral del estudiante.

CONCLUSIONES:

- ? La mayoría de estudiantes reconocen los diferentes métodos, en una forma superficial, identificando en su orden, el condón, las píldoras y el método del ritmo.
- ? El conocimiento que tienen los estudiantes, sobre métodos de anticoncepción es aceptable, debido a la información obtenida de instituciones educativas, de salud y medios de comunicación.
- ? El acceso a los métodos anticonceptivos está limitado por su alto costo, el miedo, la pena y el no saber cómo pedirlos u obtenerlos.
- ? El embarazo no planeado se debe principalmente: al no uso de métodos anticonceptivos, falta de comunicación entre la pareja y el uso incorrecto de los métodos anticonceptivos.
- ? La mayor consecuencia negativa del embarazo en las adolescentes es el aborto, seguir por la postergación y el abandono de estudios, tener un hijo no deseado y asumir responsabilidades a temprana edad.
- ? Los estudiantes están de acuerdo en la utilización de métodos anticonceptivos, porque en su propia capacidad de análisis prevén las graves consecuencias de

una sexualidad sin control.

- ? La mayoría de los estudiantes están de acuerdo con que la Universidad debería ofrecer una propuesta pedagógica de consejería y planificación familiar.
- ? El mayor porcentaje de estudiantes manifiestan que la información recibida de la Universidad y de la unidad médica sobre planificación familiar es deficiente.

RECOMENDACIONES:

- ? Se sugiere que la Universidad ofrezca la implementación de una propuesta pedagógica sobre planificación familiar para que los estudiantes de la Universidad de Nariño puedan acceder al servicio con atención y seguimiento.
- ? Según los estudiantes, esta propuesta se debería ofrecer mediante conferencias, talleres y seminarios.
- ? Que el programa de salud de la decanatura de estudiantes desarrolle estrategias de educación permanente de salud sexual y reproductiva que lleve a la formación integral de los estudiantes.

BIBLIOGRAFÍA:

ARCINIEGAS, Yolanda. Psicología del Desarrollo. Colombia, 1990. p. 350

ACCIONES DE PROMOCION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTORA PARA ADOLESCENTES MUNICIPIO DE PASTO. Pasto, Junio – Diciembre, 2002.

ALLER, Juan y PAGES, Gustavo. Métodos Anticonceptivos de Mc Graw Hill. Intramérica, 2da. Edición. Caracas, 1984.

BLAZQUES, Niceto. Vida Humana Internacional. La Guerra Contra la Vida en América Latina. Perú, 1978. p.35

BOOKWILLER, Bowem. Obstetricia. Editorial Interamericana S.A. 1993. p. 323

BULA, German Alberto. Revista 1988-2002. Proyecto Nacional de Educación Sexual para la vida y el amor. Ministerio de Educación Nacional. Colombia, 1988. p.50

BURGOS, Jairo Alfonso, JURADO, Alvaro y VALLEJO, Yolima. Orientación Educativa y Desarrollo Humano. Aproximaciones a la sexualidad de los adolescentes en la ciudad de Pasto. Universidad de Nariño. Pasto, 1996. p.150.

CERON, Betty y colaboradores. Tesis: Factores Socioculturales que influyen en la Utilización de Métodos de Planificación Familiar. Universidad de Nariño. Pasto. 2000. p.115

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, art. 16. Colombia, 1991.

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR. Santa Fé de Bogotá, 1995.

FLOREZ OCHOA, Rafael. Hacia una Pedagogía del Conocimiento. McGraw Hill. Santafe de Bogotá 1997. p. 280

GISPERT, Carlos. Consultor de Psicología Infantil y Juvenil. España Oseano. 1990. p.110

GOMEZ, Rubiela y LOPEZ, María Nilsa. Libros de Estadística, Hospital San Pedro y Tesis sobre causas Socio Demográficas, Económicas, Culturales y Religiosas que Influyen en el Aborto Provocado en Adolescentes de la Zona Urbana del Municipio de Pasto, Atendidas en el Hospital San Pedro. Universidad Mariana, Pasto, 2000.

GONZALES ILLIDGE, Guillermo. Revista Latinoamericana de Sexología. Vol. 8. No. 1. Medellín – Colombia. 1993. p.250

GONZALES ILLIDGE, Guillermo. Revista Latinoamericana de Sexología, Vol. 9. Medellín - Colombia. 1994. p.200

GUERRERO, Mary Cruz. Tesis: Diseño de un Programa de Educación Sexual para Padres de Familia y Educadores. Universidad Nariño. Pasto. 2000. p.200

GUIA DE ADMISIONES. Universidad de Nariño. Pasto, 2003. p. 20

LONDOÑO E. María Ladi. Ética de la Ilegalidad. ISEDER Cali – Colombia. Marzo 1994. p.120

MADRES SOLTERAS. Artículo de El Espectador. Publicado 1998.

ORTEGA, Nohora. Tesis: Influencia de las Creencias Sexuales de Padres de Familia y Educadores. Universidad de Nariño. Pasto. 1997. p.145

POLITICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Febrero 2003. p.110

PROFAMILIA. Planificación y Desarrollo. Diciembre, 1995. V.13 No. 26 Internet.

REVISTA LOS ADOLESCENTES, Región Pacífica. Medellín, 2002

S. BEREK, Jhonatan. A. HILLORD, Paulo A. ELI y ADOSHI. Ginecología de Novak
12a Edición. McGraw Hill. Interamericano. Mexico, 1996. p.1957

SUBIRIA, Miguel y otros. Metodologías Alternativas de Aprendizaje Significatorio.
Magisterio. Bogotá, 2000.

TIRADO, Alvaro. Nueva Historia de Colombia. Planeta Tomo V. 1989. P. 1870

**SUMMARY ANALYTIC OF STUDY
S.A.E**

CODES:

13.016.270 Ipiales

27.100.283 Albán

30.701.735 Pasto

PROGRAM ACADEMIC: SPECIALIZATION IN EDUCATIONAL
UNIVERSITY STUDENT

AUTHORS:

GUERRERO GUERRERO JAIME HUMBERTO

LÓPEZ ORDOÑEZ MARÍA NILSA

PAEZ SALCEDO BLANCA JOSEFINA

ADVISORY:

Dra. BÁRBARA MORA ESPINOZA

TITLE: FACTORS THAT INTERVENE IN THE USE OF THE CONTRACEPTION
IN THE STUDENTS OF I, II AND III SEMESTER OF NARIÑO'S UNIVERSITY.

ÁREA OF INVESTIGATION: EDUCATIONAL INNOVATIONS FOR THE
QUALITATIVE IMPROVEMENT OF THE EDUCATION.

LINE OF INVESTIGATION: ADMINISTRATION AND CURRICULUM

KEY WORDS: Adolescents – Contraception - Attitude factor -Knowledge factor
Practice Factor -Birth-control Methods - Family Planning -Reproduction –
Sexuality.

DESCRIPTION: Degree work that intends to identify the factors that intervene in
the contraception and the form like these influence in such aspects as the
attitudes, academics and personals of the students of the first three semesters of
different programs of pre-degree of the Nariño's University.

Some of the results that they were obtained they give realize that the knowledge
has more than enough methods of contraception it is acceptable, the access to
them this restricted and the consequences of the non use or incorrect use
influence negatively so much in its student life as professional. The obtained
results took to the realization of an educational proposal about contraception, and
to suggest to the University the installation of this, with base to different

methodological strategies requested by the students' group subject of the present study, with the purpose of offering an integral formation to the student.

CONTENTS: In the chapter 1, SCIENTIFIC ASPECTS. It is talked about a reality that it touch the population in general: The sexuality, and more specifically it is chosen the adolescents who in their desire to be bigger, they are and they face a series of changes and stories that its go marking their role like main characters of the modern society.

And in relation to the sexuality the adolescents begin to be sexually active every time to earlier age and the bigger concern, most doesn't take any contraceptive caution and prophylaxis in their sexual practices. The consequence is that there is a high one percentage of pregnancies and bom alive not wanted, also a high one percentage of induced miscarriages as a consequence of the not wanted pregnancies.

The maternal mortality is another negative consequence, being this higher 3 times among the women from 15 to 19 years.

The faulty and incipient information about the sexuality leaves many times of the family restriction of a part and of another of the educational deficiencies of the educational institutions who make to a side the topic and they don't implement proposals and projects on the sexual education.

It was fulfilled the objectives proposed in the project when identifying and to analyze the factors interveners in the topic of the contraception, and thinks about with base to the results an educational proposal to be developed with the student population of the Nariño's University.

In the chapier II, FRAME REFERENCIAL, on the contextual frame description is made on the environment of the Nariño's University, and a review of different institutions in charge of the contraception, in the specific case of Colombia PROFAMILIA; the frame theoretical it supports in the relating ones theoretical specific on the topic of contraception. The frame legal was supported based on the resolution 03353 of 1993 that it establishes the development of programs and sexual education institutional projects, and also the Law 115 of 1994. the General Law of Education in connection with the education sexual article 14, literal C.

The chapter III on METHODOLOGICAL ASPECTS, the focus was descriptive - purpose of quantitative type, applied to students of I, II and III semester of pre-degree Nariño's University, and the instrument was a survey.

METHODOLOGY: The investigation type was quantitative, because it is based in justifying by means of statistical data the factors associated to the use of the contraception; the focus was descriptive - purpose because it registers the

characteristics of the studied phenomenon and an educational proposal is also presented that takes to the student's integral formation. The universe is conformed by students of I, II and III semester of programs of pre - degree Nariño's University, the work unit was taken in aleatory form of each program by means of the application of a formulate statistical and in total the sample 112 students conformed it. The instrument used for the gathering of the information was the survey.

The analysis process and interpretation of the information was developed in function of statistical valuations as the frequency, also supported in graphic and charts.

The results showed in general that the students know of the birth-control methods, but the access to it is restricted by several factors, the consequences are negative so much for their student life as personal and they find necessary that the university imparts more information on the topic of the family planning that allows to generate attitudes of change and rebound in the student's integral formation.

CONCLUSIONS:

- ? Most of students recognize the different methods, in a superficial form, identifying in their order, the condom, the pills and the rhythm method.
- ? The knowledge that they have the students, on methods of contraception is acceptable, due to the obtained information of educational institutions, of health and media.
- ? The access to the birth-control methods this limited one for their high cost, the fear, the pain and not knowing as to request them or to obtain them.
- ? The not planned pregnancy is owed mainly: the one doesn't use of birth-control methods, lack of communication between the couple and the incorrect use of the birth-control methods.
- ? The biggest negative consequence in the pregnancy in the female adolescents is the abortion, to continue for the postponement and the abandonment of studies, to have a not wanted son and to assume responsibilities to early age.
- ? The students are agree on the use of birth-control methods, because in their own capacity of analysis foresees the serious consequences of a sexuality without control.
- ? Most of students agree with which the University should offer an academic proposal of advice and family planning.

- ? The biggest percentage of students manifest that the received information of the University and of the medical unit on family planning is faulty.

RECOMMENDATIONS:

- ? It is suggested that the University offers the implementation of a pedagogic proposal on family planning so that the students of the University of Nariño can consent to the service with attention and pursuit.
- ? According to the students, this proposal should offer by means of conferences, shops and seminars.
- ? That the program of health of the decanatura of students develops strategies of permanent education of sexual and reproductive health that takes to the integral formation of the students.

BIBLIOGRAPHY:

ARCINIEGAS, Yolanda. Psychology of the Development. Colombia, 1990. p. 350

ACTIONS OF PROMOTION IN SEXUAL HEALTH AND REPRODUCTORA FOR ADOLESCENT MUNICIPALITY OF GRASS. I pasture, June - December, 2002.

ALLER, Juan and PAGES, Gustavo. Birth-control methods of Mc Graw Hill. Intramérica, 2da. Edition. Caracas, 1984.

BLAZQUES, Niceto. International Human life. The War Against the Life in Latin America. Peru, 1978. p.35

BOOKWILLER, Bowem. Obstetrics. Editorial Interamerican CORP. 1993. p. 323

BULL, German Alberto. Have 1988-2002. National project of Sexual Education for the life and the love. Ministry of National Education. Colombia, 1988. p.50

BURGOS, Jairo Alfonso, JURY, Alvaro and VALLEJO, Yolima. Educational orientation and Human Development. Approaches to the sexuality of the adolescents in the city of Grass. University of Nariño. I pasture, 1996. p.150.

CERON, Betty and collaborators. Thesis: Sociocultural factors that influence in the Use of Methods of Family Planning. University of Nariño. Grass. 2000. p.115

POLITICAL CONSTITUTION DE COLOMBIA, ART. 16. Colombia, 1991.

DECLARATION OF THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION ON THE FAMILY PLANNING. Sacred Fé of Bogotá, 1995.

FLOREZ OCHOA, Rafael. Toward a Pedagogy of the Knowledge. McGraw Hill. Santafe of Bogotá 1997. p. 280

GISPERT, Carlos. Consultant of Infantile and Juvenile Psychology. Spain Oseano. 1990. p.110

GOMEZ, Rubiela and LOPEZ, María Nilsa. Books of Statistic, Hospital San Pedro and Thesis on Demographic, Economic, Cultural and Religious Partner that you/they Influence in the induced miscarriage in Adolescents of the Urban Area of the Municipality of Grass, cause Assisted in the Hospital San Pedro. University Mariana, Grass, 2000.

GONZALES ILLIDGE, Guillermo. Have Latin American of Sexología. Vol. 8. Not. 1. Medellin - Colombia. 1993. p.250

GONZALES ILLIDGE, Guillermo. Have Latin American of Sexología, Vol. 9. Medellin - Colombia. 1994. p.200

WARRIOR, Mary Cruz. Thesis: I design of a Program of Sexual Education for Parents of Family and Educators. University Nariño. Grass. 2000. p.200

GUIDE OF ADMISSIONS. University of Nariño. I pasture, 2003. p. 20

LONDOÑO E. María Ladi. Ethics of the Illegality. ISEDER Cali - Colombia. March 1994. p.120

SINGLE MOTHERS. Article of The Spectator. Published 1998.

ORTEGA, Nohora. Thesis: It influences of the Sexual Beliefs of Parents of Family and Educators. University of Nariño. Grass. 1997. p.145

NATIONAL POLITICS OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH. February 2003. p.110

PROFAMILIA. Planning and Development. December, 1995. V.13 Not. 26 Internet.

HAVE THE ADOLESCENTS, Peaceful Region. Medellin, 2002

S. BEREK, Jhonatan. A. HILLORD, Paulo A. ELI and ADOSHI. Gynecology of Novak 12a Edition. McGraw Hill. Interamerican. Mexico, 1996. p.1957

SUBIRIA, Miguel and others. Alternative methodologies of Learning Significatorio. Teaching. Bogotá, 2000.

TIRADO, Alvaro. New History of Colombia. Planet Takes V. 1989. P. 1870

INTRODUCCION

La sociedad moderna se caracteriza por los rápidos cambios que se suceden en muchos de sus aspectos tecnológicos, económicos, culturales y sociales que han ido modificando paulatinamente ideas, actitudes y comportamientos en el ser humano.

El largo camino recorrido en los últimos tiempos explica que coexistan individuos que acomodan su conducta a unos principios morales que restringen el uso de la sexualidad con otros que, por el contrario, defienden la plena libertad del individuo en este campo. Y, entre ellos, existe una variada gama de principios y actitudes que se entre mezclan y hacen de la sexualidad una cuestión compleja.

Los derechos reproductivos y sexuales, de tanto impacto en la salud, la economía, el desarrollo social, la justicia y la evolución, no pueden ser ignoradas puesto que tienen que ver tanto con la realización de las personas como con la misma supervivencia y continuidad de la raza humana.

Lograr que la sexualidad sea un derecho donde cada uno se haga responsable de ejercerla; resulta ambicioso, desafortunadamente las personas avanzamos a pasos diferentes y los logros dependen de la forma como asumamos la vida, teniendo en cuenta que la influencia familiar es vital en este proceso. Es a través de la confianza, el respeto, la individualidad y la diferencia establecida, que podremos lograr hijos sanos, felices y adultos capaces.

Un embarazo no programado, teniendo en cuenta que es una situación particular y única en determinado momento de la vida; conlleva a defraudar la confianza de la familia, problemas económicos, salud y sociales como abortos, postergación o abandono de estudios, tener un hijo no deseado, asumir responsabilidades a temprana edad, inmadurez para la crianza de los hijos y madres solteras abandonadas.

La planificación familiar ofrece a las mujeres una oportunidad de mejorar su estado de salud planificando si desean tener hijos o no, y cuándo y en qué número los tendrán. Mediante la anticoncepción se puede alterar o bloquear los procesos reproductivos, de manera que la unión sexual no tenga como consecuencia la fecundación.

La adolescencia, edad en la que los jóvenes despiertan mayor curiosidad por la sexualidad, sin medir las consecuencias negativas; se lanzan a experimentarla sin responsabilidad por lo cual se hace necesario desarrollar un trabajo de investigación sobre los factores que intervienen en la utilización de la

anticoncepción en los estudiantes de los tres primeros semestres de pregrado de la Universidad de Nariño, con un total de 112 que representa la muestra, tomada en una forma aleatoria en 10 programas.

En la línea de investigación, mejoramiento cualitativo para la educación superior, aplicando el método cuantitativo-descriptivo, propositivo, mediante el instrumento de encuesta semi-estructurada; cumpliendo con los objetivos propuestos, donde se aprecia la necesidad de los estudiantes de recibir una orientación sexual acorde a sus requerimientos,, teniendo en cuenta los marcos contextual, que relata al entorno específico, ubicación geográfica y reseña histórica de la universidad, marco teórico refiere sobre reproducción y sexualidad humana y factores que influyen en la utilización de métodos de planificación familiar en Pasto. Marco conceptual, hace referencia a la planificación familiar, anticoncepción y factores de conocimiento, actitud y práctica y marco legal, trata sobre los derechos adoptados por nuestro país y funcionan con la Constitución Política de 1991, por lo que se sugiere la propuesta pedagógica sobre educación sexual y anticoncepción, en la Universidad de Nariño, para contribuir a la prestación de una educación formativa que permita conseguir un desarrollo integral del estudiante.

1. ASPECTOS CIENTÍFICOS

1.1 TITULO

Factores que Intervienen en la utilización de la anticoncepción en los estudiantes de I, II y III semestre de la Universidad de Nariño.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que intervienen en el uso de anticoncepción en estudiantes de I, II y III Semestre de la Universidad de Nariño?.

1.3 SURGIMIENTO DEL ESTUDIO

La sexualidad es una realidad que impregna cada uno de los actos de la vida cotidiana, que nos impulsa al amor, como a la objeción más violenta que perturba al adolescente y puede alegrar la vejez, de este modo todos somos sexuales, además la sexualidad comienza desde la propia gestación y termina con la muerte.

No existen líneas divisorias, edades de comienzo y final de su desarrollo.

Se considera entonces que la adolescencia es un período de desarrollo físico más rápido, el momento de la maduración sexual de la creación de una auto imagen duradera de definición de la escala de valores personales, de intereses y vocaciones; quizás el área que recibe más atención por parte del adolescente sea su sexualidad y pese a que muchos adultos consideren que las relaciones sexuales entre adolescentes son inaceptables por razones morales, religiosas, psicológicas o biológicas, el hecho es que los adolescentes empiezan a ser sexualmente activos a tempranas edades y lo más preocupante la mayoría no toma precaución contraceptiva y profiláctica en sus prácticas sexuales.

Con base en estudios realizados a nivel regional explícitamente por la entidad ejecutora "Profamilia joven" entre el período junio a diciembre de 2002, con una cobertura de 5.000 jóvenes escolarizados y no escolarizados de la zona urbana y rural, se encontró un 18% de adolescentes con demanda insatisfecha en planificación familiar, a pesar del aumento continuo y sistemático de métodos

anticonceptivos, se encuentra un elevado porcentaje de embarazos y nacidos vivos no deseados, además un alto porcentaje de abortos provocados a consecuencia de embarazos no deseados¹.

En el primer semestre de 1.999 se analiza que, al Hospital San Pedro del municipio de Pasto, ingresan 2.411 casos por motivo obstétrico, de los cuales hay un total de nacidos vivos de: 2.031 y 380 legrados; de los cuales; 277 son abortos diagnosticados como inespecíficos, es alarmante descubrir un promedio de dos nacidos muertos por aborto incompleto por día².

A nivel departamental encontramos porcentajes significativos de adolescentes embarazadas así:

Guajira, Cesar y Magdalena	19.8%
Atlántico, Bolívar Norte	17.2%
Bolívar, Sucre, Córdoba	20.7%
Santanderes	15.1%
Boyacá, Cundinamarca, Meta	19.8%
Antioquía	29%
Caldas, Risaralda, Quindio	14.6%
Tolima, Huila, Caquetá	23.2%
Cauca, Nariño	18.8%
Valle del Cauca	24%
Bogotá	16.7%
Cali	21.2%
Litoral Pacífico	37.2%

Fuente. Encuesta Nacional de Profamilia 2002.

El litoral Pacífico, ocupa el primer renglón de Colombia en índices de embarazos y maternidad entre las chicas de 15 y 19 años de edad, la problemática ha venido en asenso continuo durante los últimos 5 años, donde una de cada 3 jóvenes ha estado alguna vez embarazada y cerca del 30% de las adolescentes del litoral Pacífico ya es madre.

Para el resto de esta región occidental no es menos preocupante; 24 de cada 100 adolescentes ha estado embarazada y el 16% ya es madre.

¹ Acciones de Promoción en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes – Municipio de Pasto. Junio - Diciembre 2.002. P. 1-4.

² GOMEZ, Rubiela y LOPEZ, María Nilsa. Libros de Estadística, Hospital San Pedro y Tesis Sobre Causas Socio Demográficas, Económicas, Culturales y Religiosas que Influyen en el Aborto Provocado en Adolescentes de la Zona Urbana del Municipio de Pasto, Atendidas en el Hospital San Pedro, 2000.

Según el estudio hecho en Colombia nacen anualmente 1.100.000, pese al avance que ha tenido la regulación de la fecundidad, solo el 48% es decir 528.000 de estos nacidos son deseados en el momento de la concepción y el 52% no fueron planeados³, según datos de la Organización Mundial de la Salud, medio millón de mujeres mueren cada año por causas asociadas al embarazo y el parto, un 99% de ellas viven en los países en desarrollo.

Cuando las mujeres empiezan a considerar la salud como un derecho, también recurren a la planificación familiar como uno de los medios para salvaguardarla. En algunas zonas del mundo, su primera visita a un Centro de Salud para una revisión prenatal o post-natal también brinda a muchas mujeres su primera oportunidad de informarse sobre los anticonceptivos, un parto debidamente asistido puede abrirles la alternativa de optar por la anticoncepción.

Un mejor conocimiento sobre riesgos de contagio y las ventajas de una conducta sexual más segura, contribuye de un modo significativo a mejorar el estado de salud de una comunidad⁴.

La planificación familiar ofrece a las mujeres una oportunidad de mejorar su estado de salud, planificando si desean tener hijos o no, y cuándo, y en que número los tendrán. Se estima que si se ofreciera a las mujeres la posibilidad de evitar los embarazos no deseados o inadecuadamente planificados, ello permitiría evitar entre un 25% y un 40% de las muertes maternas.

Las mujeres adolescentes se ven expuestas a particulares riesgos cuando no cuentan con servicios adecuados a sus necesidades.

La mortalidad materna es casi tres veces más alta entre las mujeres de 15 a 19 años que en el grupo de 20 a 24 años. Se calcula que cerca del 80% de los embarazos de mujeres adolescentes no casadas son no deseados.⁵

A nivel regional, el temor manifestado por los adolescentes hacía el embarazo no deseado, es fruto de una inadecuada educación sexual o de una falta de la misma, tanto a nivel familiar como de las instituciones educativas ya que no han afrontado con responsabilidad y objetividad un tema que para los adolescentes es motivo de grandes perturbaciones.

En realidad el verdadero responsable de que los adolescentes estén teniendo sus primeras relaciones sexuales sin la debida preparación para ello; y en momentos nada indicados, es la represión cultural con que tilda la sociedad a la sexualidad humana.

³ REVISTA LOS ADOLESCENTES, Región Pacífica. Medellín, 2002.

⁴ PROFAMILIA. Planificación, Población y Desarrollo, Diciembre 1995. V13 – No. 26-Internet.

⁵ Ibid.

Las instituciones educativas que propician este trabajo, en su gran mayoría denotan deficiencias en la propuesta pedagógica o proyecto de educación sexual que están adelantando a nivel institucional, puesto que no fue elaborado con base en las propuestas e inquietudes de los mismo adolescentes; sino que es algo que se viene trabajando de manera teórica y con un enfoque puramente biológico, y más aún se ha tomado como una materia dentro del pensum académico y no como un proyecto de vida integrado en todas las programaciones del currículo.

Las motivaciones para llegar a su primera relación sexual de los adolescentes, esta más relacionada con la curiosidad y presión del grupo, en tanto que la de ellas tiene que ver con la curiosidad, el amor y el compromiso; donde el grupo de amigos es un apoyo importantes para compartir experiencias sexuales en hombres y mujeres; pero la comunicación en caso de los muchachos es más grupal y en término de logros; mientras que en las adolescentes buscan compartir en forma íntima sus inquietudes con la mejor amiga y no alardear ante el grupo.

La conducta heterosexual en adolescentes antes del matrimonio es hoy bien aceptada por los propios adolescentes, especialmente a partir de los 15 y 16 años.

Los chicos frecuentemente conceden sentido a la relación sexual aún sin afecto, mientras que las chicas exigen que sea parte de una relación afectiva.

Parece claro que para la mayoría no es necesario el compromiso matrimonial ni el noviazgo formal para legitimar estas conductas.

Esta comprobado que la pareja con quién tuvieron la primera relación sexual en todos los casos es de mayor edad que ellos y en la gran mayoría esta pareja ya tenía experiencia sexual previa, de ahí lo importante que la familia este enterada de los antecedentes y conozca perfectamente las amistades que circulan en torno de sus hijos, ya que como no han contribuido con una verdadera educación sexual, están supeditados a la influencia de esa pareja.

Existe la tendencia en la mayoría de esas familias a considerar de que sus hijos se encuentran a salvo de una posible relación sexual; si estas reciben sus visitas en la casa, algo que no tiene mucho fundamento si se observa los resultados, donde se demuestra que en su propia casa se están efectuando las relaciones sexuales.

Para las/los adolescentes la iniciación de su actividad sexual es con una persona cuya afiliación afectiva en ese momento es el novio; mientras que para la mayoría de las/los adolescentes es tan solo una amiga. Ellos inician su actividad sexual con las primas con quienes tenían frecuente relación interpersonal.

Pese al sentimiento de culpa en las adolescentes que generó su primera relación sexual, la gran mayoría continuo con una vida sexual activa, lo que no ocurrió con

los adolescentes⁶.

Ante hechos reales, el grupo de investigación ha reconocido como un problema biopsicosocial que en muchas circunstancias han alterado su proyecto de vida y continuará sucediendo, si los ciudadanos no tomamos parte en el asunto.

1.4 PREGUNTAS ORIENTADORAS

¿Qué es planificación familiar?.

¿Qué métodos de planificación familiar conoce?.

¿Cuál es la principal dificultad para tener acceso a los métodos de planificación familiar?.

¿Cuáles son las razones para que se presente un embarazo no planeado?.

¿Cuáles son las principales consecuencias negativas del embarazo en adolescentes?

¿Está de acuerdo con que los jóvenes utilicen métodos de planificación familiar?

¿La Universidad debería ofrecer una propuesta pedagógica de anticoncepción?.

La propuesta de anticoncepción debía desarrollarse mediante...

¿Ha recibido información de la Unidad Médica y de la Universidad de Nariño acerca de planificación familiar?.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

- ? Analizar factores que intervienen en la utilización de la anticoncepción en los estudiantes de I, II y III semestre de la Universidad de Nariño para que genere una propuesta pedagógica de educación formativa que contribuya a su desarrollo integral.

⁶ BURGOS, Jairo Alfonso, JURADO, Alvaro y VALLEJO, Yolima. Orientación Educativa y Desarrollo Humano, Aproximaciones a la Sexualidad de los Adolescentes en la Ciudad de Pasto. Universidad de Nariño. Pasto. 1996. p. 57-61

1.5.2 Objetivos Específicos

- ? Identificar el conocimiento que tienen los estudiantes de I, II y III semestre sobre la utilización de métodos de planificación familiar.
- ? Determinar la valoración que la persona hace frente a las consecuencias del no uso de métodos anticonceptivos.
- ? Determinar el acceso que los estudiantes tienen al uso e información educativa sobre métodos de planificación familiar.
- ? Diseñar una propuesta pedagógica, que basada en las necesidades reales de los estudiantes de la Universidad de Nariño propenda por la vivencia de una sexualidad sana, responsable y gratificante.

1.6 JUSTIFICACION

Las/os adolescentes están iniciando su vida sexual a una edad cada vez más temprana. Al mismo tiempo hay un incremento del porcentaje de mujeres menores de 20 años que son madres (17% en 1995 y 19% en el 2000), porcentaje que es considerablemente superior entre las adolescentes de las zonas rurales (26%) y aún mayor entre las adolescentes en situación de desplazamiento (30%)⁷. El embarazo precoz tiene graves consecuencias sobre la calidad de vida de los futuros padres y de los/as hijos/as por nacer: limita las posibilidades de desarrollo personal y social de padres e hijos en la medida en que reduce las oportunidades de educación y, por lo tanto, afecta la calidad del empleo, aumenta el número de personas con dependencia económica en una familia que con frecuencia tiene recursos económicos escasos y, en general, se convierte en un factor que afecta la calidad de vida de las personas. El embarazo precoz es un factor que contribuye a perpetuar el círculo de la pobreza.

El factor más fuertemente relacionado con el aumento de la fecundidad entre la población de adolescentes es el bajo nivel de escolaridad (que a su vez está asociado a condiciones de pobreza)⁸. Las adolescentes sin educación formal tienen su primera relación sexual y su primer hijo mucho antes que las que tienen algún nivel de escolaridad. El otro factor asociado al embarazo adolescente es el lugar de residencia⁹. Las jóvenes de las zonas rurales tienden a tener relaciones sexuales e hijos más temprano que las de las zonas urbanas. En el litoral Pacífico

⁷ PROFAMILIA. Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginadas. Situación de las Mujeres Desplazadas. Bogotá. 2001.

⁸ PROFAMILIA. ENDS – 2000.

⁹ PROFAMILIA. ENDS – 2000.

el número de adolescentes embarazadas es el doble que en el resto del país. Así mismo, entre las jóvenes en situación de desplazamiento el embarazo precoz es cada vez más común, bien sea como producto de condiciones de vivienda muy precarias que favorecen las relaciones sexuales, o como alternativa de proyecto de vida, caso en el que se trata de una decisión tomada con información y condiciones para el ejercicio de la autonomía individual muy precarias.

Los programas de promoción y prevención y los servicios destinados a la población general no responden a las necesidades específicas de los/las jóvenes. La población adolescente requiere acciones de promoción de SSR específicamente diseñados para ella, con su participación e involucrando las redes sociales de pares, educadores y familia, entre otras, así como servicios de atención integrales que respondan a las necesidades y características propias de su ciclo vital. Los/as adolescentes no acuden con facilidad a los servicios de consejería y atención y, por lo tanto, es indispensable que el sistema cuente con mecanismos que les permita aprovechar las oportunidades en que se acercan a solicitar orientación o servicios, particularmente para suministrarles métodos de control de la fecundidad y de protección contra ITS y VIS/SIDA, y para vincularlos a programas específicos según sus necesidades.

Con la población adolescente es de particular importancia trabajar los estereotipos, prejuicios y valores frente a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de pareja y familiares, que perpetúa relaciones desequilibradas entre los géneros y favorecen conductas de riesgo. Por otro lado, es evidente que la sola divulgación de información no es suficiente para desarrollar competencias sociales orientadas hacia el estímulo de las condiciones y responsable en esta etapa del ciclo vital.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO CONTEXTUAL

2.1.1 Entorno Específico. Universidad de Nariño – Facultad de Educación – Estudiantes de I, II y III semestre.

2.1.2 Identificación y Ubicación Geográfica. La Universidad de Nariño esta ubicada en la calle 18, carrera 56 Torobajo. Limita al oriente con río Pasto, al occidente con calle 18, al norte con Metálicas Nariño, al Sur con el colegio San Juan de Pasto y Universidad Cooperativa de Colombia, con NIT. 800118954-1.

2.1.3 Reseña Histórica. La Universidad de Nariño se fundó el siete de noviembre de 1904, mediante Decreto 049, para impartir instrucción secundaria y profesional. Se estableció la autonomía de la Universidad, se declaró la validez de los títulos, se señaló el pensum que debía adoptarse en cada una de las facultades y se inventariaron los bienes y rentas del establecimiento.

El veinte de noviembre de 1905, quedó establecida la Universidad con las facultades de Derecho y Ciencias Políticas, matemáticas e ingeniería y la clase de comercio.

Se destaca el papel juzgado por la facultad de matemáticas e ingeniería en el trazado de nuevos caminos en el Departamento, en especial la vía hacia la costa Pacífica, trabajo en el que participaron profesores y estudiantes.

La Facultad de Matemáticas e Ingeniería fue suspendida en 1910, cuando Julián Buchely terminó su período como Gobernador. En 1920 se establece nuevamente; perduró dos años en vista de la dificultad para conseguir profesores. En 1926 el Rector Ángel Martínez, puso de nuevo en funcionamiento la Facultad hasta 1932, cuando se clausura con ocasión de la visita del Ministro de Educación. En 1935 se decidió incorporar la escuela de artes y oficios del Departamento a la Universidad.

En 1937 la Escuela de Artes y oficios se transformó en Instituto para la enseñanza del arte, con secciones de Música y Pintura. Este fue cerrado en la década del 60, para fortalecer las facultades de Agronomía y Educación. Termina aquí la primera etapa histórica de la Universidad (1904-1939).

La segunda etapa transcurre entre 1940 y 1959. Es un período de consolidación en el que la Universidad contribuyó al desarrollo de la Educación a través de la Facultad de Derecho, los Liceos de Bachillerato y la Escuela de Música y Pintura.

A partir de la década del 60, se produjo un avance hacia la modernización y el mejoramiento de los servicios existentes. El instituto tecnológico agrícola, con dos secciones: La Facultad de Agronomía, la Escuela Técnica Superior de Agricultura y la Facultad de Educación fueron las nuevas unidades académicas creadas para el servicio de la comunidad sureña.

Dentro de su esquema organizativo se crearon los departamentos y se expandieron los servicios de la Facultad de Educación en la jornada nocturna. Como fruto de la demanda y del compromiso de la Universidad con la región se crearon los programas de Ingeniería Civil, economía, zootecnia y artes.

Con el criterio de integrar la zona Andina y la Costa Pacífica, en 1986 la Universidad aprobó la creación del programa de ciencias del Mar en Tumaco, en la perspectiva de formar profesionales y técnicos para la explotación racional de los recursos ictiológicos.

En la década actual, la presión por el cambio y la reestructuración de los procesos académicos y administrativos se hicieron más evidentes y posibilitaron la conformación e nuevas facultades; la diversificación de programas; la regionalización mediante el establecimiento de extensiones en diferentes Municipios de Nariño; la ampliación de la cobertura educativa y la vinculación de la Universidad mediante convenios con instituciones nacionales e internacionales y la inserción en las redes mundiales del conocimiento.

Al llegar la Universidad a sus 96 años de existencia, se puede afirmar que “el Alma Mater”, a través del mejoramiento permanente, impulsa los campos de la investigación, la docencia y proyección social, acorde con los retos que la modernidad le impone.

2.1.4 Misión. La Universidad de Nariño es una institución estatal y autónoma de educación superior comprometida con una pedagogía para la convivencia social y la excelencia académica, que se rige por los principios de democracia, tolerancia y respeto por la diferencia.

Su quehacer está centrado en la producción de los saberes, el conocimiento en las ciencias, la filosofía, el arte y la tecnología, para una formación académico – científica y cultural integral. Se propone formar personas con espíritu crítico, creador, y con capacidad de liderar el cambio social, según los retos de la contemporaneidad.

Con fundamento en la autonomía, la libertad de cátedra y expresión, la Universidad cumple con su quehacer investigativo, docente y de proyección social, en un marco de libertad de pensamiento y pluralismo ideológico.

Como zona de frontera, y dentro de su compromiso con la región Andino – Pacífico – Amazónica, orienta sus esfuerzos hacia el conocimiento de los problemas regionales y locales, bajo los criterios de modernidad y sostenibilidad, con miras a la búsqueda de soluciones.

En su calidad de centro de educación pública del Departamento, garantiza el acceso a todos los sectores sociales, étnicos, regionales y locales, siempre y cuando demuestren poseer las calidades académicas requeridas por la Institución.

2.1.5 Visión. La Universidad de Nariño, consecuente con el ideal de su fundación de constituirse en el eje dinamizador del desarrollo socio-económico, político y cultural de la región, inscribe su proyección de acuerdo con los requerimientos y retos del mundo contemporáneo.

Construye su sentido a través de la **Práctica Social del Conocimiento, la Formación de Actitudes y Valores Humanos y la Relación Universidad – Regionalidad.**

La PRACTICA SOCIAL DEL CONOCIMIENTO entendida como producción y creación, socialización y función social del conocimiento y diálogo Universidad – Sociedad.

- ? **La Producción del Conocimiento** es aquel proceso complejo en el cual intervienen diversos actores, teorías y metodologías como herramientas para la creación, acumulación, reproducción y divulgación del pensamiento.
- ? **El Diálogo Universidad – Sociedad** se realiza a partir del reconocimiento de que la sociedad produce saberes, valores e imaginarios sobre los cuales construye su sentido de vida y acción, independientemente de los saberes académicos. En consecuencia, se hace necesario el diálogo entre unos y otros saberes para enriquecer el conocimiento y buscar alternativas de desarrollo integral.

Por su carácter de universidad pública, se constituye en un factor equilibrante de la búsqueda de igualdad de oportunidades para los diversos sectores de la sociedad, bajo los principios de equidad democratización del conocimiento, libertad de cátedra y autonomía institucional.

En la FORMACIÓN DE ACTITUDES Y VALORES HUMANOS, la Universidad hace propios tanto los valores universales, necesario para la comprensión y la

convivencia pacífica, como los principios contemplados en la Constitución Política de Colombia: Democracia y Libertad, fundados en el reconocimiento, aceptación y respeto por la diferencia, la tolerancia, la crítica y el diálogo intercultural.

En cuanto a la relación UNIVERSIDAD – REGIONALIDAD, la Universidad de Nariño asume su compromiso con la región, y contribuye a la solución de las problemáticas que ella le plantea.

Inspirada en los principios expuestos, la Universidad desarrolla sus funciones básicas de investigación, docencia y proyección social, mediante el diálogo e interacción permanente entre éstas, como compromiso de toda la comunidad académica.

SOCIODEMOGRAFIA

Desde comienzo de la década de los años sesenta el crecimiento demográfico de Colombia parecía incontenible, a consecuencia de la progresiva reducción de la mortalidad infantil y de un creciente número de nacimientos.

La demanda de empleo, vivienda y servicios aumentaba a la velocidad del crecimiento urbano en condiciones en que el ritmo del desarrollo industrial acusaba síntomas de decaimientos comparado con el impulso registrado en décadas anteriores.

El desorden social, la marginalidad y el clima de inconformidad iban en aumento, para evitar una catástrofe social la aplicación de todos los recursos y energías nacionales al propósito de contener el desbordado crecimiento demográfico era necesario.

Fue así dentro del marco de la alianza para el progreso en 1962 se propuso a los países latinoamericanos, como parte de las estrategias para elevar los niveles de desarrollo, la adopción de políticas de reforma y la implantación de la planificación familiar.

El debate demográfico se había abierto en Colombia con particular virulencia para impedir los cambios sociales que el crecimiento demográfico contribuiría a acelerar.

En 1962 se inician las actividades de anticoncepción en los hospitales universitarios de 1965, PROFAMILIA comienza sus programas y en 1967 el Ministro de Salud incorpora las acciones de planificación familiar a sus programas de salud materno infantil.

El curso tomado por la dinámica demográfica nacional ciertamente a contribuido a la solución de muchos de los agudos problemas que afrontaba el desarrollo

económico y social del país hace dos décadas.

Por parte de la doctrina moral de la iglesia, la misión positiva del gobierno consiste precisamente en favorecer las condiciones de vida en la que los matrimonios, sin presión indebida de orden material, físico o psicológico, puedan decidir dentro de una libertad responsable, el número de hijos¹⁰.

Bajo estas circunstancias en ningún caso se considera justificable el estancamiento del crecimiento demográfico mediante planificación familiar con el aborto provocado.

A través de los siglos, la humanidad ha considerado que el control natal es una tarea exclusiva de la mujer, en algunos casos ello se debe a que ella es quién ejerce la maternidad directamente. Sin embargo, en los últimos tiempos esa concepción ha venido cambiando de manera progresiva, ya que en la actualidad del problema de la anticoncepción es una cuestión en la cual deben estar involucrados tanto el hombre como la mujer.

A pesar del tímido papel histórico del hombre en la anticoncepción, fue este quién empezó a pensar el tema, con la utilización masiva del coito interrumpido. Este método era conocido desde la antigüedad, pero su uso no ha tenido siempre la misma extensión. Así, por ejemplo, en el siglo XIV se argumentaba contra él, que era una práctica insana; pro otra parte, su utilización en el matrimonio era escasa, debido a que era un método asociado con las prácticas extramatrimoniales y la prostitución.

A pesar de las concepciones “machistas”, el hombre ha ido asumiendo un papel cada vez más importante en la decisión de controlar el tamaño de su descendencia y, por ello demanda, cada vez con mayor frecuencia, métodos anticonceptivos.

En los países latinoamericanos, más de la mitad de las parejas utilizan algún método anticonceptivo de orientación masculina. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, el 42% de las parejas que controlan su fertilidad, recurre a métodos en los cuales participa el hombre. La pregunta fundamental es ¿cuál es el método idóneo para que los hombres cooperen?.

A lo largo de la historia, muchos han sido los esfuerzos invertidos por una gran cantidad de investigadores para encontrar el método ideal que regule la fertilidad masculina. Para Enrique García, asesor de la Organización Mundial de la Salud, el anticonceptivo masculino idóneo sería aquel que reuniera las siguientes condiciones:

¹⁰ TIRADO, Alvaro. Nueva Historia de Colombia. Planeta. Tomo V. 1989. p. 379, 380

- ? Debe ser aceptado por ambos miembros de la pareja.
- ? Debe ser eficaz 100%.
- ? No debe tener efectos secundarios.
- ? Debe ser efectivo rápidamente.
- ? No debe tener influencia sobre la virilidad, la lívido y la potencia sexual.
- ? No debe tener efectos sobre el feto.
- ? No debe interferir en la espontaneidad del sexo.
- ? Debe tener un 100% de reversibilidad en el momento deseado.

En 1962 la Federación de Mujeres Cubanas convoca a algunos especialistas de Salud Pública e inicia los programas de Educación Sexual, Planificación Familiar y Salud Reproductiva, que incluyó además acciones en la comunidad a fin de eliminar estereotipos y tabúes así como incrementar la información y orientación sobre salud con un enfoque científico integral.

La reducción de la fecundidad y el papel que ha jugado en Colombia el programa privado de planificación familiar PROFAMILIA han sido considerados como sucesos exitosos no solamente en América Latina y el Caribe sino también a nivel mundial. A mediados de la década de los 60' el promedio de hijos por mujer era de 7 y pasó a 2.8 en 1995, además se logró en el mismo período, que más del 72% de las mujeres en edad fértil y casadas o unidas usaran un método anticonceptivo y la mayoría de ellas lo hiciera con métodos modernos. Actualmente en el año 2000 la población colombiana es de 42.3 millones, pero si la fecundidad no hubiera descendido y hubiera prevalecido las altas tasas de crecimiento, la población de Colombia sería cerca del 30% mayor de la actual.

PROFAMILIA se inició como una organización de servicios clínicos de planificación familiar en 1965, cuando abrió su primera clínica; en 1973 ya había establecido 42 centros en las principales ciudades del país, en donde desde un principio se utilizó la más avanzada tecnología anticonceptiva y médica, actualmente cuenta con 35 centros.

En 1970 se estableció el primer programa organizado de esterilización voluntaria mediante el ofrecimiento de la vasectomía y en 1972 se inició el servicio de esterilización femenina. Este programa ha sido básico en el desarrollo de la institución ya que se ha ofrecido este servicio a cerca de 1.400.000 personas.

Desde 1976, PROFAMILIA adicionó a sus centros los servicios de unidades móviles, de manera que se pudieran llevar los servicios de salud sexual y reproductiva a las áreas rurales y partes remotas de ciudades, donde no existían clínicas.

Las actividades clínicas obviamente no proveían acceso a la población rural, para satisfacer esas necesidades, en 1970 se creó un programa de distribución comunitaria rural, quizá el primero en el mundo, donde los trabajadores rurales

seleccionados en las mismas comunidades constituían la columna vertebral del programa, siendo responsables de la información y la comunicación, los anticonceptivos eran distribuidos por líderes locales voluntarios de las diferentes comunidades, especialmente seleccionados y entrenados para tal fin. Basados en los éxitos obtenidos en las áreas rurales, en 1973 este programa fue ampliado a las zonas urbanas marginales. El número de puestos de distribución llegó a sobrepasar la cifra de 4.500.

Otra forma de distribución de anticonceptivos fue a través del Programa de Mercadeo Social, el cual se inició en 1973, este programa distribuye anticonceptivos y otros productos a precios subsidiados a negocios comerciales (droguerías, farmacias, supermercados), desde un principio el precio de venta de los productos se fijó de tal manera que fueran lo suficientemente altos para que el programa fuera financieramente autosuficiente, pero lo más bajo posible para mantener los anticonceptivos al alcance de las parejas colombianas.

Después de varios años de tener resultados muy modestos con la vasectomía y viendo la imperiosa necesidad de involucrar más al hombre en el proceso de toma de decisiones en planificación familiar, PROFAMILIA en 1985 abrió dos clínicas exclusivas para el hombre en donde también se ofrecían otros servicios de salud sexual y reproductiva, posteriormente se abrieron más clínicas de esta naturaleza y el resultado inmediato fue que la aceptación de la vasectomía se incrementó sustancialmente.

De igual manera, PROFAMILIA inició actividades de prevención del SIDA, como una manera de probar su capacidad para ofrecer información al público y suministrar condones a grupos más vulnerables.

Además de ofrecer servicios específicos de salud, PROFAMILIA empezó a ofrecer servicios legales en 1987. Las abogadas de este programa promueven y defienden los derechos de las mujeres dentro del marco legal de la Constitución Colombiana y asesoran a las personas sobre sus derechos en término de la ley de familia y combaten las varias formas de discriminación existente, así como, la violencia familiar.

La apertura de una clínica para adolescentes en 1990, constituyó otro programa de impacto de PROFAMILIA, actualmente los centros para adolescentes suministran información y servicios de salud sexual y reproductiva a hombres y mujeres entre 12 y 19 años de edad con resultados altamente efectivos.

Las mujeres nicaragüenses están interesadas en la planificación familiar, generalmente mayor del 72%, pero estando interesadas en evitar un nuevo embarazo no están usando anticonceptivos por falta de educación, actitud del personal, decisión del compañero, no accesibilidad a la unidad de salud, entre otros.

La planificación familiar del último embarazo e intenciones actuales de futuros embarazos según encuesta sobre la salud familiar en Nicaragua, reporta que el 72% no deseaban embarazo, el 15% no deseaban en este momento y el 12% estaban embarazadas. La proporción de evitar embarazos está en relación con la edad, número de hijos vivos, nivel de educación, situación económica y procedencia.

En relación a los métodos anticonceptivos se tienen reportes que en Nicaragua el 97% de las mujeres conocen por lo menos un método, siendo el 99% en área urbana y educación secundaria y el 94% en área rural y sin educación formal. Los métodos anticonceptivos más conocidos son: los gestágenos orales 94%, esterilización quirúrgica femenina 91%, dispositivo intrauterino 86%, condones 85%, inyecciones 79%. El conocimiento de los métodos varía según el nivel de educación y estado civil.

2.1.6 Marco de Antecedentes. La Asociación Médica Mundial reconoce que los embarazos no deseados pueden tener un significativo y progresivo afecta en la salud de la mujer y en la de sus hijos, por lo tanto la Asociación Médica Mundial respalda la planificación familiar, en tanto que su objetivo es el enriquecimiento de la vida humana y no su restricción.

La Asociación Médica Mundial sostiene que se debe permitir que todas las mujeres opten por un control de fecundidad por voluntad propia y no por azar. La capacidad de regular y controlar la fecundidad debe considerarse como un componente principal de la salud física y mental de la mujer, como también de bienestar social. La anticoncepción puede evitar las muertes prematuras de mujeres, causadas por las complicaciones asociadas a los embarazos no deseados, una planificación óptima del embarazo también contribuye a la sobrevivencia del recién nacido y del niño, esto puede ayudar a asegurar más oportunidades para que las personas logren todo lo potencial. Por esto las mujeres tienen derecho a conocer sus cuerpos y su funcionamiento y deben tener acceso, si lo desean a toda asistencia social y médica necesaria para beneficiarle de la planificación familiar.

Los hombres también deben recibir instrucciones sobre los anticonceptivos. La libertad de la mujer al acceso, a los métodos anticonceptivos, debe ser protegida salvaguardada de todo grupo de presión. Se recomienda que se promueva activamente los beneficios de la educación para la planificación familiar y colabore con el gobierno y otros grupos cuando se apropiado a fin de asegurar altos niveles de difusión de elementos información y ayuda.

Se insta a todas las escuelas de medicina a que incluyan la planificación familiar, como un componente del currículo Médico de salud Materno infantil.

Reafirma su deseo de apoyar y promover la planificación estimulando a las organizaciones apropiadas para que realicen conferencias, simposios o estudios sobre los aspectos pertinentes de la planificación familiar*.

PLANIFICACION FAMILIAR AMERICA LATINA

Existe un reconocimiento creciente acerca de la íntima interrelación entre tendencias demográficas, calidad de vida y status de la mujer de ahí que la planificación familiar debe estar inserta en los planes de desarrollo de los países. En este contexto salud reproductiva significa que la gente tiene la capacidad de reproducir y regular su fertilidad que la mujer es capaz de gozar su maternidad con el mínimo de riesgo posible que los hijos no solo sobrevivirán, sino que también se desarrollaran en Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Planificación Familiar plenitud, y que las parejas pueden disfrutar de su sexualidad sin temor a enfermarse.

Es necesario desarrollar un nuevo Marco Conceptual que solo será posible si se produce un avance significativo en tres frentes no médicos:

- a). Aumentar la capacidad y la participación de las ciencias sociales, para actuar con efectividad sobre el contexto sociocultural en que operan los factores biomédicos.
- b). Posibilidad de que la mujer acceda al poder que le permita comprender mejor sus necesidades en salud reproductiva y actuar en consecuencia en igualdad y en conjunto con el hombre, la familiar, la comunidad y el poder político.
- c). Promover sociedades democráticas que respeten el pluralismo de valores y que desarrollen Marcos Teóricos y Legales que sean apropiados a sus circunstancias.

Los programas de salud reproductiva deben y pueden seguir estas orientaciones, solo así podrán responder a las demandas de mejorar la calidad de sus servicios que la sociedad les impone.

2.1.7 Aspectos que Contemplan el PIU. Acorde con su misión donde contempla la Universidad de Nariño es un ente universitario, autónomo de carácter estatal comprometido con una pedagogía para la convivencia social y la excelencia académica, que se rige por los principios de la democracia participativa, la tolerancia y el respeto por la diferencia.

* www.schering.com.co

Su quehacer está centrado en la producción de los saberes y el conocimiento de las ciencias, la filosofía, el arte y la tecnología, para una formación académica – científica y cultural integral. Se propone formar personas con espíritu crítico, creador y con capacidad de liderar el cambio social, según los retos de la contemporaneidad.

Con fundamento en la autonomía, la libertad de cátedra y expresión, la Universidad cumple con su quehacer investigativo, docente y de proyección social, en un marco de libertad de pensamiento y pluralismo ideológico¹¹.

2.2 MARCO TEORICO

La Sexualidad Humana no es algo accesorio, pertenece a la esencia misma de toda persona humana y esta presente en las dimensiones biológica, afectiva y social del ser humano.

Las creencias sexuales se presentan en un mayor porcentaje en los enfoques conductual y material indicando que nuestro medio social es influido por las características de otras culturas, mediante los diferentes medios de comunicación social o a través de la afluencia de individuos de otras culturas, han hecho que los conceptos de sexualidad sean reevaluados.

La institución educativa juega un papel importante en la formación integral, puesto que el cuerpo docente imparte creencias, actitudes y valores que son asumidos directamente por los educandos. Entonces la educación brindada por la institución educativa debe ser orientadora, formadora y propiciadora de un nuevo individuo.

El objetivo fundamental de la educación sexual es adquirir un conocimiento adecuado de las dimensiones de la sexualidad y el desarrollo armónico e integral de la persona, con capacidad de forja, nuevos conocimientos y actitudes.

A partir del estudio se establece que no todo docente puede impartir educación sexual, las instituciones deben ofrecer formación al cuerpo docente en forma integral para que brinde una orientación adecuada a las personas que a él acudan.

Los programas de educación sexual deberían estar orientados a: propiciar cambios de valores conocimientos y actitudes, replantear los roles tradicionales buscando una mejor relación hombre – mujer que permita surgir los principios de igualdad¹².

¹¹ GUIA DE ADMISIONES. Universidad de Nariño. Vicerrectoría Académica. San Juan de Pasto, 2003.P. 4

¹² ORTEGA, Nohora. Tesis: Influencia de las Creencias Sexuales de Padres de Familia y Educadores. Universidad de Nariño. Pasto 1997.

San Juan de Pasto se ha caracterizado por ser una región con mucho arraigo religioso, dentro de los preceptos de la religión católica, existen métodos de anticoncepción autorizados por la iglesia. Por otra parte el Municipio ha presentado un crecimiento marcado en los últimos años en lo que se refiere a construcción de vivienda, vías y tecnología. El advenimientos de mejores y más rápidos canales de comunicación y la introducción de diferentes culturas, podrían estar incidiendo en la adopción de nuevas formas de acción de los pobladores de esta región con respecto a sus concepciones de comportamiento sexual y de planificación de la familia.

Profamilia y algunas unidades locales de salud, registran un avance significativo en la adopción de diferentes métodos de anticoncepción, por parte de la población en general aunque no se especifican los rangos de edad de los usuarios, aparentemente un alto porcentaje de adolescentes no los utilizan, llevando consigo graves consecuencias sociales en cuanto a embarazos no deseados y abortos provocados.

Se sugiere que estudiantes de las diferentes áreas de la salud, incluyan en la realización de prácticas comunitarias aspectos que contribuyan a establecer estrategias para mejorar la atención integral en planificación familiar¹³.

Los padres de familia y profesores tratan de reproducir el esquema en el cual fueron criados, el miedo y la sexualidad está tan arraigada en la cultura que resulta difícil deshacerse de él.

En cuanto a la comunicación el dialogo y el amor son los antídotos para resolver problemas, vivir en armonía y construir un mundo mejor, quizá en este caso la situación socioeconómica de los hogares, el trabajo, el cansancio y las constantes preocupaciones no permiten llevar a cabo y en forma aceptable las relaciones de afecto, cariño, apego, comunicación, influyendo en el desarrollo de una sexualidad sana.

La educación sexual es base principal para el desarrollo cultural y social de la persona, por esta razón tanto padres de familia como educadores consideran de gran importancia las labores encaminadas a este tema, como soporte fundamental en la educación del niño a temprana edad en relación con la sexualidad¹⁴.

Según un estudio realizado en 1996 sobre aproximaciones a la sexualidad de los adolescentes en la ciudad de Pasto.

¹³ CERON, Betty y Colaboradores. Tesis: Factores Socioculturales que Influyen en la Utilización de Métodos de Planificación Familiar. Universidad Mariana. Pasto 2000.

¹⁴ CRUZ GUERRERO, Mary y Colaboradores. Tesis: Diseño de un Programa de Educación Sexual para Padres de Familia y Educadores. Universidad Mariana. San Juan de Pasto. 2000.

Se concluye que los adolescentes empiezan a ser sexualmente activos a temprana edad y lo más preocupante es que no toman precaución contraceptiva y profiláctica a sus prácticas sexuales.

- ? La primera relación sexual generalmente ocurre con una pareja de mayor edad.
- ? La mayor parte de relaciones sexuales se efectúan en la casa.
- ? Las primeras relaciones sexuales de los jóvenes suceden con las amigas o primas y los jóvenes con su novio.
- ? Pese a la culpa en las adolescentes de la primera relación sexual, continúan con vida sexual activa.
- ? La preocupación más arraigada en los adolescentes es el temor al embarazo después de la primera relación sexual.
- ? El temor manifestado por los adolescentes hacia un embarazo no deseado es fruto de una inadecuada educación sexual o falta de la misma, tanto a nivel familiar como en Instituciones Educativas, ya que no se ha afrontado con responsabilidad y objetividad este tema para los adolescentes. Otra es la represión cultural con que tilda la sociedad a la sexualidad humana.
- ? Las instituciones educativas denotan deficiencias en las propuestas educativas o proyectos de educación sexual, elaborados sin tener en cuenta inquietudes de los adolescentes.
- ? Las motivaciones para la primera relación sexual del adolescente esta relacionada con la curiosidad y presión del grupo.
- ? Los chicos frecuentemente conceden sentido a la actividad sexual, aún sin afecto. Mientras que las chicas exigen que sea parte de una relación afectiva.
- ? La virginidad no es un valor y la procreación no es un fin de la sexualidad¹⁵.

2.2.1 Reproducción y Sexualidad

ORGANOS REPRODUCTIVOS EN LA MUJER

Órganos Internos.

Endometrio.
Trompa.
Útero o matriz.
Ovario.
Folículo.
Vagina.

¹⁵ BURGOS, Jairo Alfonso, JURADO, Alvaro y VALLEJO, Yolima. Orientación Educativa y Desarrollo Humano, Aproximaciones a la Sexualidad de los Adolescentes en la Ciudad de Pasto. Universidad de Nariño. Pasto. 1996. P.68-70

Órganos Externos.

Pubis.
Clítoris.
Meato uretral.
Labios menores.
Labios mayores.
Vestíbulo.

ÓRGANOS REPRODUCTIVOS EN EL HOMBRE

Órganos Internos y Externos

Conducto deferente.
Vejiga urinaria.
Vesícula seminal.
Próstata.
Glándula de Cooper.
Uretra.
Recto.
Pene.
Testículo.
Escroto.

2.2.2 El Ciclo Menstrual. Es importante que las personas que buscan ayuda profesional conozcan cómo funciona su cuerpo respecto a la reproducción. Es primordial que las mujeres sepan que sus ovarios producen hormonas sexuales, llamadas estrógenos y progesterona y, también producen células que pueden ser fecundadas y se llaman óvulos.

Este ciclo es un conjunto de cambios que experimentan los órganos reproductivos femeninos (útero y ovarios) por acción de las hormonas sexuales cada mes.

El ciclo menstrual comienza con el primer día de sangrado menstrual, el cual ocurre por el desprendimiento del tejido endometrial que recubre el interior del útero y que es donde ocurre la implantación del óvulo fecundado (futuro feto).

Simultáneamente en el ovario se está madurando un folículo que se transformará en óvulo. Aproximadamente en la mitad del ciclo (entre una menstruación y la siguiente) se produce la ovulación, es decir se libera el óvulo del folículo ya maduro y sale a la trompa de Falopio y es allí donde puede suceder la fecundación si hay presencia de espermatozoides. Si hay fecundación, el endometrio cubre el óvulo fertilizado y el ciclo menstrual y la menstruación se detiene durante todo el embarazo. Si el óvulo no es fecundado, se desliza y sale

con las secreciones vaginales normales de la mujer.

2.2.3 Embarazo. La mujer puede quedar en embarazo a partir del momento en que comienza a tener su primera menstruación. Cada mes, como parte de su ciclo menstrual, se libera su óvulo que tiene un promedio de vida de 24 horas.

Si el óvulo es fertilizado por un espermatozoide durante este período, la mujer queda embarazada. Como los espermatozoides pueden vivir hasta tres días dentro del cuerpo de la mujer, el día de la ovulación y los tres días anteriores y posteriores son el período más fértil de la mujer.

El hijo (a) crece en el útero de la mujer durante 9 meses. Es muy importante que la mujer se cuide durante su embarazo y acuda a revisiones prenatales regulares para asegurar su salud y la de su bebé.

2.2.4 Métodos Anticonceptivos. Los anticonceptivos son sustancias, objetos o procedimientos utilizados por la mujer y/o hombre para evitar que se presenta un embarazo.

Los métodos anticonceptivos ayudan a las parejas a tener el número de hijos que desean, en el momento en el que están más preparados para ello.

No existe un método anticonceptivo que sea mejor que otro, cada pareja debe escoger, con la ayuda del consejero, el método que más le conviene de acuerdo a: su salud, edad, número de hijos o necesidades particulares.

- ? **MÉTODOS TEMPORALES.** Son aquellos que se pueden usar para evitar el embarazo durante un tiempo específico, cuando se suspenden se retorna a la fertilidad.
- ? **MÉTODOS DEFINITIVOS O QUIRURGICOS.** Son los que pueden utilizar las parejas que decidieron no tener más hijos. Para la mujer Esterilización quirúrgica o Ligadura de Trompas. Para el hombre Vasectomía.

A continuación se mencionan los métodos que existen de acuerdo a su eficacia.

METODO	
MÉTODOS TEMPORALES	Porcentaje de Seguridad
Métodos Hormonales	
La Píldora	99.9
La Inyección	99.7
Los implantes	99.9
Minipíldora	99.9

METODO	
El Dispositivo Intrauterino (DIU)	99.2
Métodos de Barrera Físicos	
Diafragma	80
Condón	86
Condón Femenino	79
Métodos de Barrera Químicos o Espermicidas	
Espumas*	
Jaleas*	
Cremas*	
Óvulos	74
Tabletas vaginales	74
Métodos Naturales	
Temperatura basal	80
Billings o moco cervical	80
Ritmo del calendario	80
Sinto – Término	80
Coito interrumpido	80
MELA (Lactancia Materna)	98
METODOS DEFINITIVOS O QUIRURGICOS	
Para la mujer: Ligadura de Trompas (Pomeroy)	99.5
Para el hombre : Vasectomía	99.8

Organización Mundial de la Salud 2001.

*No está disponible en Colombia

? **MECANISMOS DE ACCION**

- ? **Amenorrea de la Lactancia.** La ovulación queda suprimida durante la lactancia. La succión del lactante sobre los pezones y las areolas de las mamas eleva la concentración de prolactina y reduce la descarga liberadora de gonadotropina (GnRH) desde el hipotálamo, con lo que disminuye la descarga de la hormona luteinizante (L.H.).

Y como consecuencia se inhibe la maduración folicular. La duración de esta supresión es variable y se ve influida por lo frecuencia y duración del amamantamiento, el tiempo transcurrido desde el último parto y probablemente el estado nutricional de la madre. Incluso con el amamantamiento la ovulación reaparece, pero es poco probable antes de los seis primeros meses.

- ? **Los Métodos de Barrera.** Su función es impedir el paso de los espermatozoides al Útero.
- ? **Espermicidas Vaginales.** Son una combinación de productos espermicidas químicos, ya sea monoxinol – au – actaxinol, con una base de crema jalea,

espuma de aerosol, comprimidos espumantes película o supositorio, los cuales son detergentes no iónicos con actividad superficial que inmoviliza a los espermatozoides.

- ? **Dispositivos Intrauterinos.** Producen formación de una “Espuma biológica” dentro de la cavidad uterina que contiene bandas de fibrina, células fagocíticas y enzimas proteolíticas.

Los DIU de cobre descargan continuamente una pequeña cantidad de metal con lo que se produce una reacción inflamatoria de mayor magnitud aún, todos los DIU estimulan la formación de prostaglandinas dentro del útero, lo que es compatible tanto con la contracción del músculo liso como con la inflamación producida. Los estudios de microscopía electrónica de barrido en el endometrio de mujeres que emplean DIU ponen de manifiesto alteraciones de la morfología superficial de las células, en especial de las micro vellosidades de las células ciliadas. Se producen alteraciones de primera importancia en la composición de las proteínas dentro de la cavidad uterina y se encuentran nuevas proteínas e inhibidores de la proteinasa en los lavados de útero. El ambiente intrauterino alterado interfiere con el paso de los espermatozoides a través de la cavidad de éste órgano, con lo que se impide la fecundación del ovulo.

- ? **Anticonceptivos Hormonales.** Los anticonceptivos hormonales son hormonas sexuales femeninas, estrógenos sintéticos y un progestageno sintético, o solo un progestageno. Se pueden administrar en forma de anticonceptivos orales, implantes y productos inyectables.

- ? **Anticonceptivos Hormonales Orales.** Se absorben con rapidez en el intestino, pero pasan directamente hacia el hígado por la circulación portal, sitio en el que se metabolizan e inactivan también con rapidez. Por tanto se requieren grandes dosis de esteroides cuando se administran por vía oral.

Los combinados suprimen la concentración de FSH y LH basales. Los anticonceptivos orales disminuyen la capacidad de la hipófisis para sintetizar gonadotropinas cuando lo estimula la hormona hipotalámica.

Liberadora de gonadotropina (GnRH), los folículos ováricos no maduran, se produce poco estradiol, y no ocurre la descarga rápida de LH, de la mitad del ciclo. No sobreviene la ovulación, no se forma cuerpo luteo y no se produce progesterona. Este bloqueo de la ovulación se relaciona con la dosis y la no supresión de la misma, la ingesta de otros medicamentos interfiere en la acción.

- ? **Anticonceptivos Hormonales Inyectable.** El modo de acción depende según la dosis del compuesto a concentraciones bajas de progestageno en ocasiones ocurrirá la ovulación en el 40% de los ciclos, el 25% se caracteriza por función lutea inadecuada, el 18% por maduración folicular sin ovulación, y el 18%

ocurre supresión completa del folículo a concentraciones sanguíneas moderadas del progestageno se observa concentraciones basales normales de FSH y LH, y puede ocurrir cierta maduración del folículo. Hay producción de estradiol y sobreviene la descarga del mismo que desencadenaría, a su vez, en condiciones normales, la descarga hipofisiaria de hormona luteotrópica; no ocurre descarga correspondiente de LH, sin embargo, y por tanto no sobreviene la ovulación a concentraciones sanguíneas más elevadas de Progestágeno se reduce lo FSH basal, la actividad folicular es menor, lo es también la producción de estradiol y no sobreviene descarga de hormona luteotropica.

- ? **Implantes Hormonales.** Con el implante subdermico que descarga levonorgestrel (Norplant) se produce cierta maduración folicular y cierta producción de estrógenos, pero las concentraciones máximas de LH son bajas y ha menudo se inhibe la ovulación. Se cree que durante el primer año de empleo ocurre la ovulación en cerca del 20% de los ciclos. La proporción de ciclos ovulatorios aumenta con el paso del tiempo, probablemente como resultado de la disminución de la descarga de hormona. Hacia el cuarto año del empleo 41% de los ciclos son ovulatorios. Los mecanismos de anticoncepción con progestagenos a dosis bajas parecen incluir efectos sobre el moco cervical, el endometrio y la motilidad tubarica.
- ? El moco cervical es escaso y seco en las mujeres que emplean estos preparados inhibe la migración de los espermatozoides hacia las vías superiores de la reproducción. Los progestagenos disminuyen las concentraciones nucleares de receptores de estrógenos, lo hacen también con los receptores de progesterona e inducen actividad de la enzima deshidrogenaza de los 17 hidroxisteroides que metaboliza el estradiol.
- ? La descarga sostenida ofrecida por los implantes anticonceptivos permite una anticoncepción muy eficaz¹⁶.

EFICACIA DE LA ANTICONCEPCION

SEGUIMIENTO. Los factores de los que depende que ocurra embarazo, incluye fecundidad de ambos miembros de la pareja, momento del coito en relación con el momento de la ovulación, método anticonceptivo empleado, eficacia intrínseca del método anticonceptivo y empleo real de dicho método. Es imposible valorar la eficacia de un método anticonceptivo de manera aislada sin tomar en cuenta los demás factores. La mejor manera de verificar la eficacia es la valoración a largo plazo de un grupo de mujeres sexualmente activas que emplean un método

¹⁶ S. BEREK, Jonathan, HILLORD Paulo A. ELI y ADOSHI. Ginecología de Novak 12a Edición. McGraw – Hill Interamericano. Mexico, 1996. p.250

particular durante cierto período, para observar con que frecuencia ocurre el embarazo, entre ellos se debe calcular una tasa de embarazos por cada 100 mujeres por año mediante la fórmula de Pear (mediante división del número de embarazos por el número total de meses con las que contribuyeron todas las parejas y a continuación multiplicando el cociente por 1.200). En la mayor parte de los métodos, las tasas de embarazo disminuyeron con el paso del tiempo conforme las parejas más fecundas o menos cuidadosas experimentan el embarazo y abandonan el estudio. Se obtiene información más precisa por el método de los cuadros de vida que calcula la probabilidad del embarazo en los meses sucesivos. Se calcula mediante notificación de dos tasas diferentes derivadas de estudios múltiples (es decir tasa más baja) y la tasa ordinaria.

BENEFICIOS DE LOS ANTICONCEPTIVOS

Para la madre:

- ? Al disminuir el número de embarazos y de hijos, se reduce el riesgo de enfermedades, secuelas o muerte provocada por alguna complicación en el embarazo o parto.
- ? Las píldoras anticonceptivas disminuyen ciertos tipos de enfermedades, como cáncer de ovario, endometrio y anemia.

Para los hijos pequeños:

- ? Permite que la madre le de leche materna por más tiempo.
- ? Permite que la madre dedique más tiempo a su cuidado, al no quedar embarazada pronto.

Para el padre y la madre:

- ? Les permite decidir cuántos hijos quieren tener y cuándo tenerlos.
- ? El dinero que ganan les alcanzará para darles más beneficios y una mejor educación a sus hijos.
- ? Al no tener muchos hijos tendrán más tiempo para convivir con ellos.

2.2.5 Métodos de Planificación Familiar Definitivos. La anticoncepción quirúrgica es un método definitivo, éstos son operaciones que se realizan a las mujeres u hombres para evitar futuros embarazos. Existen dos operaciones.

1. *En la mujer la esterilización quirúrgica voluntaria femenina (ligadura)*, en la cual, se amarran y cortan las trompas uterinas. Su efectividad es del 99.5% es decir, 5 de cada 1000 parejas quedan en embarazo en el primer año.
2. *En el hombre la Vasectomía*, en la que se amarra y cortan los conductos deferentes.

En ambos casos se amarra y cortan los conductos por donde pasan las células sexuales (óvulos en la mujer y espermatozoides en el hombre); así se evita que estas células se unan y se produzca un embarazo. Su efectividad es del 99.8% es decir, dos de cada mil parejas pueden quedar en embarazo.

La persona a quien le opere está protegida contra el embarazo por el resto de su vida. Se pueden operar mujeres que ya no deseen más hijos y mujeres a quienes un embarazo pueda ponerlas en riesgo de muerte.

La Vasectomía y la esterilización quirúrgica voluntaria femenina no afectan el deseo sexual, ni la cantidad de semen, ni el placer, ni producen cáncer.

Cuadro 1. Clasificación de las Condiciones de Salud para Optar a una Esterilización Femenina.

<p>Aceptar: No existe razón médica para negar la esterilización a una persona con esta condición.</p> <p>Precaución: El procedimiento es realizado normalmente en un centro de rutina, pero se requiere precaución y una preparación especial.</p> <p>Postergar: El procedimiento debe ser postergado hasta que la condición sea evaluada y/o tratada. Debe proporcionarse temporalmente algún método anticonceptivo alternativo.</p> <p>Especial: El procedimiento debe realizarse en un centro donde haya un cirujano y personal especializados, el equipo necesario para proporcionar anestesia general y apoyo médico de respaldo. Debe proporcionarse temporalmente algún método anticonceptivo alternativo.</p> <p>NOTAS: * Esta clasificación usada por la OMS es diferente a la de los métodos temporales enfatiza más la necesidad de identificar condiciones especiales para postergar que para efectuar el procedimiento. Debe prestarse especial atención a aquellos casos de hombres y mujeres jóvenes; o que aún no han tenido hijos; con problemas mentales o situaciones de tensión.</p>
--

Fuente. Ginecología de Novak 12a Edición.

Cuadro 2. Porcentajes de Mujeres que Experimentaron un Fracaso Anticonceptivo Durante el Primer Año de Empleo y Porcentajes que Continuaron con el Empleo al Final del Primer Año.

<i>Porcentajes de mujeres que experimentaron un fracaso anticonceptivo durante el primer año de empleo y porcentajes que continuaron con el empleo al final del primer año.</i>			
Método	Mujeres que experimentaron embarazo accidental dentro del primer año de empleo (%)		Mujeres que prosiguieron con el empleo al año (%)
	Empleo típico	Empleo perfecto	
Posibilidad	85	85	
Espemicidas	21	6	43
Abstinencia periódica			67
* <i>Calendario</i>		9	
* <i>Método de la ovulación.</i>		3	
* <i>Simptotérmico.</i>		2	
* <i>Posovulación.</i>		1	
Coito interrumpido.	19	4	
Capuchón.			
* <i>Mujeres paras.</i>	36	26	45
* <i>Mujeres nulíparas.</i>	18	9	58
Diafragma.	18	6	58
Condón			
* <i>Mujeres (realidad)</i>	21	5	56
* <i>Varones</i>	12	3	63
Comprimido	3		72
* <i>Progestágenos nada más</i>		0.5	
* <i>Combinados</i>		0.1	
Dispositivo intrauterino			
* <i>T de progesterona</i>	2.0	1.5	81
* <i>T380A de cobre</i>	0.8	0.6	78
* <i>Levonorgestrel T20</i>	0.1	0.1	81
DepoProvera	0.3	0.3	70
Norplant*	0.3	0.3	85
Esterilización femenina	0.4	0.4	100
Esterilización masculina	0.15	0.10	100

Fuente. Ginecología de Novak 12a Edición.

SEGURIDAD. Algunos métodos anticonceptivos involucran riesgos acompañantes para la salud, todos los métodos son más seguros que su alternativa (embarazo con nacimiento) con la excepción posible del empleo de anticonceptivos orales por mujeres fumadoras de cigarrillo mayores de 35 años de edad. La mayor parte de los métodos ofrecen beneficios no anticonceptivos.

Para la salud además de la anticoncepción, los anticonceptivos orales reducen el riesgo de Cáncer ovárico y endometrial y de embarazo ectópico. Los métodos de barrera y los espermicidas brindan cierta protección contra las ETS y el cáncer cervico uterino y la esterilidad tubarica.

EFECTOS SECUNDARIOS

El Espermicida. El monoxal que es tóxico para los lactobacilos que colonizan normalmente la vagina, las mujeres que emplean espermicidas con regularidad experimentan incremento de la colonización por la bacteria echerichacole y pueden estar predispuestas a la bacteriuria de Echerichacoli después del coito.

El Diafragma. El uso prolongado puede ocasionar problemas de Cistitis recurrente e infecciones vesicales y alteración de la flora vaginal.

Dispositivos Intrauterinos (DIU). Los dispositivos de cobre T 380 producen tasas bajas de enfermedad pelvica inflamatoria y embarazos ectópicos cerca del 5%.

Anticonceptivos Hormonales.

- ? Cardiopatía y accidente vascular cerebral: fueron causas principales de defunción atribuidas a los anticonceptivos orales.
- ? Presión arterial = 140/90 mm Hg.
- ? Metabolismo de la glucosa por el antagonismo de los progestagenos con la insulina.
- ? Metabolismo de los lípidos, los androgenos y estrógenos tienen efectos competitivos sobre las lipasas hepáticas, enzimas del hígado de importancia crítica para el metabolismo de los lípidos.
- ? Otros metabolismo, afectan las pruebas de la función tiroidea debido a que los AO incrementan la concentración de globulina fijadora de la hormona tiroidea en la circulación, porque disminuye la capacidad de la tiroxina.

Anticonceptivos Orales y Neoplasias.

- ? Cáncer Cérvico Uterino, puede haber una débil relación entre el empleo de anovulatorios orales y el cáncer de células escamosas del cuello uterino, factores importantes de riesgo son iniciación de la actividad sexual muy pronto y exposición al virus del papiloma humana.
- ? Cáncer Mamario. La prevalencia del C.A. de mama se ha incrementado, pero este aumento se ha producido entre mujeres que son demasiado mayores para tomar anticonceptivos orales.
- ? Tumores Hepáticos. Se ha implicado a los anovulatorios orales en la producción de adenomas benignos del hígado. Estos tumores que reaccionan a las hormonas, pueden generar hemorragia mortal, el riesgo se

relaciona con el empleo prolongado de anticonceptivos orales, pero por fortuna estos tumores son raros¹⁷.

Cuadro 3. Criterios de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos, Según la O.M.S.

CONDICION	CONDON	DIAFRAGMA	ESPERMICIDA
Uno o más partos.		Cat. 2	
Alergia la látex	Cat. 3	Cat. 3	
Cáncer Cervical			Cat. 2
Enfermedad del corazón con complicación válvular.**		Cat. 2	
Alto riesgo de VIH ^a			Cat. 2
Antecedentes de síndrome de shock tóxico		Cat. 3	
Cat. 1: Categoría 1 Cat. 2: Categoría 2 Cat. 3: Categoría 3			
* Categoría 2 para las usuarias del Diafragma debido a las tasa de falla más elevada entre las mujeres que ya han tenido un parto.			
** Categoría 2 porque las infecciones urinarias asociadas al uso del Diafragma podrían incrementar el riesgo de endocarditis.			
^a Categoría 2 por la inquietud de que dosis repetidas de nonoxinol – 9 TM pudieran asociarse a erosiones vaginales/cervicales.			
NOTA: Para métodos de planificación familiar natural de la familia, amenorrea de lactanciay coito interrumpo, no se encontraran restricciones para su uso. Es importante aconsejar al usuario potencial de estos métodos sobre las tasas de falla y la importancia del uso correcto.			

Fuente. Ginecología de Novak 12a Edición.

¹⁷ S. BEREK, Jonathan, A. HILLORD, Paulo, ELI y ADOSHI. Ginecología de Novak 12a Edición. McGraw – Hill Interamericano. Mexico, 1996. p. 450

Cuadro 4. Anticonceptivos Orales Combinados Disponibles en Colombia. Composición y Aporte Hormonal por Ciclo.

<i>Producto TM</i>	<i>laboratorio</i>	<i>Dosis por día</i>		<i>Aporte hormonal por ciclo (mg)</i>
		<i>Progestágeno (mg)</i>	<i>Estrógeno (EE) (mg)</i>	
FEMIANE	Schering	0.075. Gestodeno	0.000	1,99
CICLOMEX 20	Gynopharm	0.075. Gestodeno	0.000	1,99
HARMONET	Wyeth	0.075. Gestodeno	0.000	1,99
GYNOVIN	Schering	0.075. Gestodeno	0.000	2,20
MINULET	Wyeth	0.075. Gestodeno	0.000	2,20
CICLOMEX	Gynopharm	0.075. Gestodeno	0.000	2,20
TRI-CICLOMEX	Gynopharm	0.050 – 0.070 – 0.100 Gestodeno	0,030 – 0,040	2,33
MARVELON	Knoll	0.150. Desogestrel	0.000	3,78
MERCILON	Knoll	0.150. Desogestrel	0.000	3,57
MICROGYNON	Schering	0.150 Levonorgestrel	0.000	3,78
MICROGYNON SUAVE	Schering	0.100 Levonorgestrel	0.000	
NORDETTE	Wyeth	0.150 Levonorgestrel	0.000	3,78
NEOGYNON	Schering	0.250 Levonorgestrel	0.000	6,30
NORAL	Wyeth	0.250 Levonorgestrel	0.000	6,30
TRICILEST	Janssen	0.180 – 0.215 – 0.250 Norgestimato	0.000	5,25
CILEST	Janssen	0.250. Norgestimato	0.000	5,98
TRINOVUM	Janssen	0.500 – 0.750 – 1.0. Noretindrona.	0.000	16,48
ORTO NOVUM	Janssen	1000 . Noretindrona.	0.000	21,74

Fuente. Ginecología de Novak 12a Edición.

Cuadro 5. Criterios Médicos de Elegibilidad para Iniciar el Uso de Anticonceptivos Inyectables Combinados.

Los anticonceptivos inyectables combinados (Cyclofem Mesigyna) se administran mensualmente y liberan un estrógeno eficaz y reversible que no están en riesgo de tener complicaciones cardiovasculares. Los estrógeno en los anticonceptivos inyectables combinados tienen una duración más corta y son menos potentes que los utilizados en los AO combinados. En consecuencia, también pueden liberar los efectos secundarios asociados con el uso de los métodos. En esta tabla las condiciones que aparecen sombreadas están clasificadas en forma diferente para los inyectables combinados que para los AO (en todos los casos, la clasificación es menos restrictiva).

<p>CATEGORIA 1 OMS: No hay restricciones para su uso.</p>	<p>CATEGORIA 2 OMS: Las ventajas superan a los riesgos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ? Edad: desde la menarquia hasta los 40 años. ? Obesidad. ? Condiciones Gineco/Obstétricas. <ul style="list-style-type: none"> ? Lactancia. ? Antecedentes de pre-eclampsia. ? Antecedentes de embarazo ectópico*. ? Post-aborto. ? ≥ 21 días post-parto (no amamantando). ? Sangrado menstrual. ? EIP (pasada o actual). ? Enfermedad benigna de la mama. ? Ectropion/erosión cervical. ? Fibromas uterinos. ? Cáncer del endometrio y ovárico. ? Antecedente de diabetes del embarazo. ? Enfermedad trofoblástica gestacional. ? Enfermedades crónicas/otras condiciones <ul style="list-style-type: none"> ? Enfermedad de la tiroides. ? Epilepsia. ? Hepatitis (portadora, no caso activo). ? Esquistosomiasis. ? Tuberculosis. ? Malaria ? Anemia insuficiencia de hierro. 	<ul style="list-style-type: none"> ? Edad >40 años. ? Fumadora <35 años o fumadora leve>35. ? Dolores de cabeza severos (incluyendo jaqueca sin síntomas neurológicos focales). ? Condiciones Gineco/Obstétricas. <ul style="list-style-type: none"> ? Lactancia (≥ 6 meses post-parto). ? Enfermedad de la mama – masa no diagnosticada. ? Antecedente de ictericia (asociado al embarazo, a los AO, o a las inyectables combinados). ? Cáncer cervical o lesiones cervicales precancerosas. ? Condiciones cardiovasculares. <ul style="list-style-type: none"> ? Afección a las válvulas del corazón, sin complicaciones. ? Hipertensión moderada (PA<160/100)**. ? Enfermedades crónicas/otras condiciones. <ul style="list-style-type: none"> ? Talasemia. ? Anemia falciforme. ? Diabetes sin complicaciones. ? Enfermedad de la vesícula biliar – actual o tratada médicamente. ? Cirrosis (leve).
<ul style="list-style-type: none"> ? Riesgo de ETS/VIH (aconsejar uso del condón). <ul style="list-style-type: none"> ? Aumento de riesgo de ETS/VIH. ? ETS (Pasada o actual). ? VIH positivo o SIDA. 	<p>CATEGORIA 4 OMS: No usar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ? Jaquecas con síntomas neurológicos focales. ? Condiciones Gineco/Obstétricas. <ul style="list-style-type: none"> ? Embarazo o sospecha de embarazo. ? Lactancia (<6 semanas postparto).

CATEGORIA 3 OMS: Los riesgos superan a las ventajas.

? Fumadora excesiva (>20 cigarrillos diarios), edad>35.

? Condiciones Gineco/Obstétricas.

? ? Lactancia (>6 semanas post-parto).

? ? <21 días post-parto (no amamantando).

? ? Antecedente de cáncer de mama.

? ? Sangrado vaginal de causa desconocida.

? Condiciones cardiovasculares.

? ? Historia de hipertensión o PA 160/100 – 180/100.

? ? Hiperlipidemias conocidas^a.

? Enfermedad crónicas/otras condiciones.

? ? Uso de ciertos antibióticos o anticonvulsivantes^o.

? Cáncer de mama (actual).

? Condiciones cardiovasculares.

? ? Hipertensión severa (PA \geq 180/110) con o sin enfermedad vascular.

? ? Antecedentes o presencia de izquierdo o cardiopatía valvular complicada.

? Enfermedades crónicas/otras condiciones.

? ? Diabetes con ciertas complicaciones vasculares y/o más de 20 años de duración^{oo}.

? ? Hepatitis severa^{oo}.

? ? Tumores del hígado (malignos)^{oo}.

^apodría ser categoría 2 en algunos casos menos y graves: Cirrosis (severa), Tumores del hígado (benignos o malignos).

^oCiertos antibióticos (rifampicina y griseofulvina) y drogas: anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos y primadona) probablemente reducen la eficacia de los anticonceptivos inyectables.

Fuente. Ginecología de Novak 12a Edición.

Cuadro 6. Criterios Médicos de Elegibilidad para Iniciar el Uso del DIU con Cobre.

Los DIU con cobre son apropiados para las mujeres con bajo riesgo de adquirir una ETS que desean un método anticonceptivo altamente eficaz y de larga duración que no requiera atención permanente. Muchas condiciones que habían sido consideradas impedimentos para su uso ya no son consideradas factores de riesgo. Las condiciones principales que excluyen el uso del DIU se asocian con el riesgo de adquirir una ETS y con ciertas condiciones ginecológicas. El documento de la OMS incluye también los criterios médicos de elegibilidad para el DIU actualmente está disponible sólo en unos pocos países, no lo incluimos aquí.

CATEGORIA 1 OMS: No hay restricciones para su uso.

- ? Edad ³ 20 años.
- ? Fumadora.
- ? Obesidad.
- ? Dolores de cabeza (incluyendo jaqueca).
- ? Condiciones Gineco/Obstétricas.
 - ? Lactancia.
 - ? Antecedentes de pre-eclampsia.
 - ? Antecedentes de embarazo ectópico.
 - ? Post-parto ³ 4 semanas.
 - ? Post – aborto primer trimestre.
 - ? Irregularidad menstrual sin sangrado abundante.
 - ? EIP si posteriormente hubo embarazo.
 - ? Enfermedad benigna a la mama.
 - ? Lesiones cervicales precancerosas.
 - ? Etopión/erosión cervical.

CATEGORIA 2 OMS: Las ventajas superan a los riesgos.

- ? Edad <20 años.
- ? Condiciones Gineco/Obstétricas.
 - ? Nulipara*.
 - ? Patrones menstruales con sangrado abundante o prolongado/dismenorrea severa.
 - ? EIP previa sin embarazo posterior.
 - ? Anormalidad uterino/cervical (incluyendo fibromas) que no deforman el útero ni interfieren con la inserción del DIU.
 - ? Post-parto < 48 horas.
 - ? Post-aborto, segundo trimestre.
- ? Condiciones cardiovasculares.
 - ? Enfermedad complicada de las válvulas del corazón**.
 - ? Antecedentes de hipertensión.
- ? Enfermedades crónicas/otras condiciones.
 - ? Talasamia^a.
 - ? Anemia falciforme^a.
 - ? Anemia por insuficiencia de hierro^a.

<ul style="list-style-type: none"> ? Condiciones cardiovasculares. <ul style="list-style-type: none"> ? Alteraciones tromboembólicas. ? Enfermedades de las válvulas del corazón sin complicaciones. ? Hipertensión. ? Isquemia cardiaca e infarto. ? Enfermedades crónicas/otras condiciones. <ul style="list-style-type: none"> ? Enfermedad de la tiroides. ? Epilepsia. ? Diabetes. ? Esquistosomiasis (excepto urinario con anemia). ? Uso de ciertos antibióticos o anticonvulsivantes. ? Enfermedad de la vesícula biliar. ? Ictericia (incluyendo aquella asociada al embarazo). ? Hepatitis (portadora, no caso activo). ? Cirrosis. ? Malaria. ? Tuberculosis no pélvica. 	<ul style="list-style-type: none"> ? Riesgo de ETS/VIH (aconsejar uso del condón). <p>CATEGORIA 4 OMS: No usar</p> <ul style="list-style-type: none"> ? Condiciones Gineco/Obstétricas. <ul style="list-style-type: none"> ? Embarazo. ? Sepsis puerperal o aborto postséptico. ? EIP dentro de los últimos 3 meses. ? Anormalidad cérvico – úterina incompatible con la inserción de un DIU. ? Sangrado vaginal de causa desconocida. ? Enfermedad trofoblástica gestacional u ovárico. ? Enfermedades crónicas/otras condiciones. <ul style="list-style-type: none"> ? Tuberculosis pélvica diagnosticada. ? Riesgo de ETS/VIH (aconsejar el uso del condón) ETS dentro de los últimos 3 meses.
<p>CATEGORIA 3 OMS: Los riesgos superan a las ventajas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ? Condiciones Gineco/Obstétricas. <ul style="list-style-type: none"> ? 48 horas – 4 semanas postparto^o. ? Enfermedad trofoblástica gestacional benigna. ? Riesgo de ETS/VIH (aconsejar uso de condón). <ul style="list-style-type: none"> ? Aumento del riesgo de ETS/VIH. ? VIH positiva o SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> * Preocupación acerca del riesgo de expulsión en grupos de mujeres jóvenes/nuliparas. ** Se aconseja el uso profiláctico de antibióticos cuando se inserte un DIU en mujeres con esta condición. ^a Preocupación en perforación uterina

Fuente. Ginecología de Novak 12a Edición.

Cuadro 7. Esterilización Masculina – Poca Restricciones , Pocas Preocupaciones.

Condiciones Médicas que requieren preocupación, postergación o procedimientos especiales antes de ofrecer una vasectomía.

Precaución: realizar con cierta precaución.

*Herida previa del escroto. *Varicoceles.
*Hidroceles. *Criptorquidismo.

Postergar hasta que la condición haya sido evaluada y/o tratada.

* Infecciones locales: Infección dérmica del escroto, ETS activa, Balanitis, Epididimitis y orquitis. * Infección sistémica o gastroenteritis. * Filariasis; elefantiasis. * Masa intraescrotal.

Especial: Realizada sólo en centros clínicos especializados.

* Hernia Inguinal. *Trastornos de la coagulación. * SIDA.

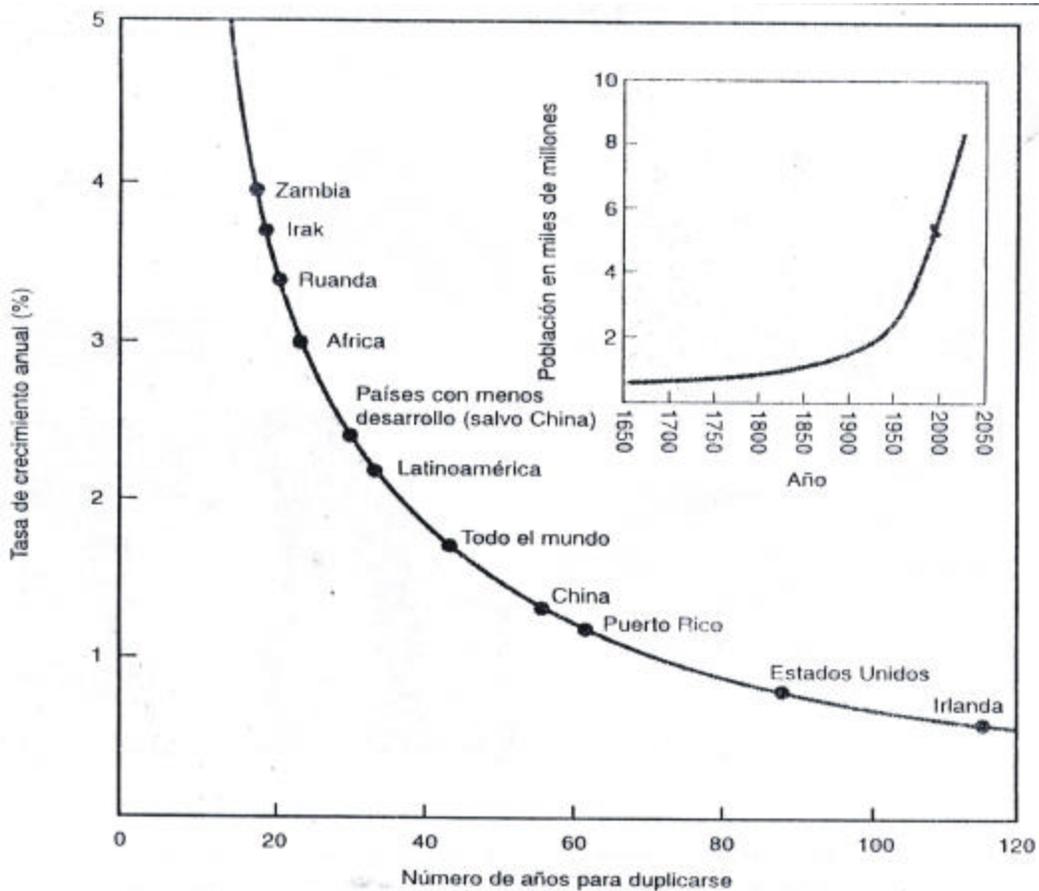
NOTA. Debe realizarse la vasectomía, recordando lo siguiente:

- a). Asesoramiento adecuado y consentimiento informado.
- b). Por proveedores bien entrenados.
- c). En centros adecuados con buenos procedimientos de asepsia.

Fuente. Ginecología de Novak 12a Edición.

- ? **Antecedente a Nivel Internacional.** En el año 1988 en el cual el gobierno de los Estados Unidos efectuó la última encuesta nacional sobre fecundidad a partir de una gran muestra de probabilidad nacional. Para las parejas en las que las mujeres tiene más de 35 años de edad, la esterilización es la primera elección. Para las parejas de menor edad los anticonceptivos orales constituyen el método empleado más a menudo, y el condón ocupa el segundo lugar en relación con ellos, aunque el empleo de anticonceptivos es elevado, una proporción importante de las parejas sexualmente activas no recurren a la

anticoncepción, 13% según la National Fertility Survey de 1988, y el 19% con base en una encuesta privada efectuada en 1993, el porcentaje de mujeres que no emplean anticoncepción es elevado al máximo en el grupo de menor edad (es decir las adolescentes). Se estima que el 55% de los nacimientos en Estados Unidos no son planeados. Una indicación de primer orden del embarazo no planeado es la prevalencia del aborto inducido. Las tasas de aborto por grupo de edad indican que el empleo del aborto es máximo en las mujeres más jóvenes y menor en las mujeres que se encuentran entre los 30 y 40 años. El empleo del aborto se incrementa de nuevo conforme a las mujeres se van volviendo mayores. Ver. Gráfica 1.

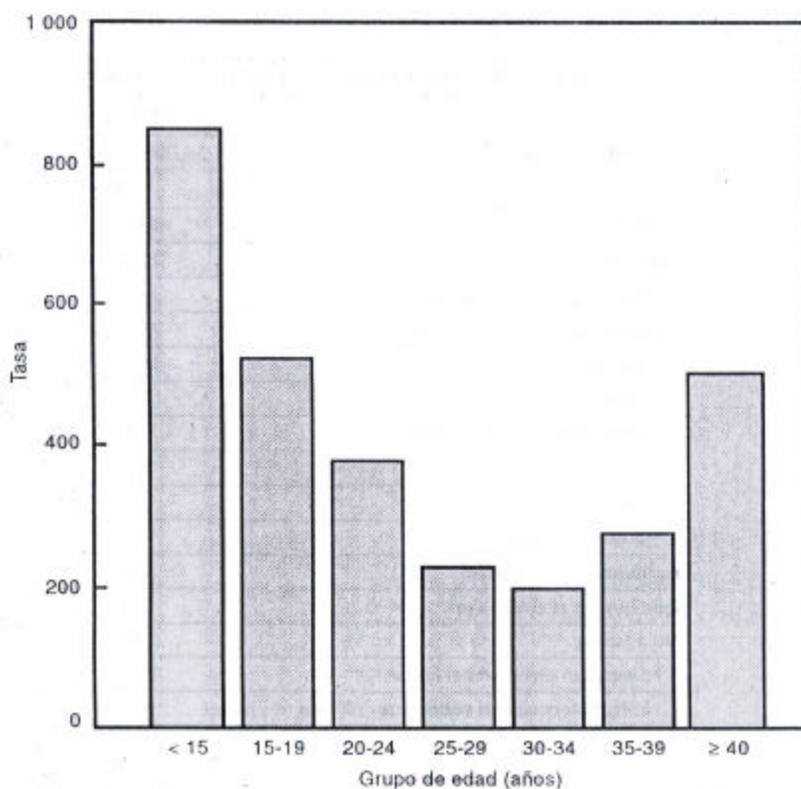


Gráfica 1. Tiempo de Duplicación del Crecimiento de la Población a Diferentes Tasas con Países Representativos y Curvas de Crecimiento de la Población Mundial.

Fuente. Ginecología de Novak 12a Edición.

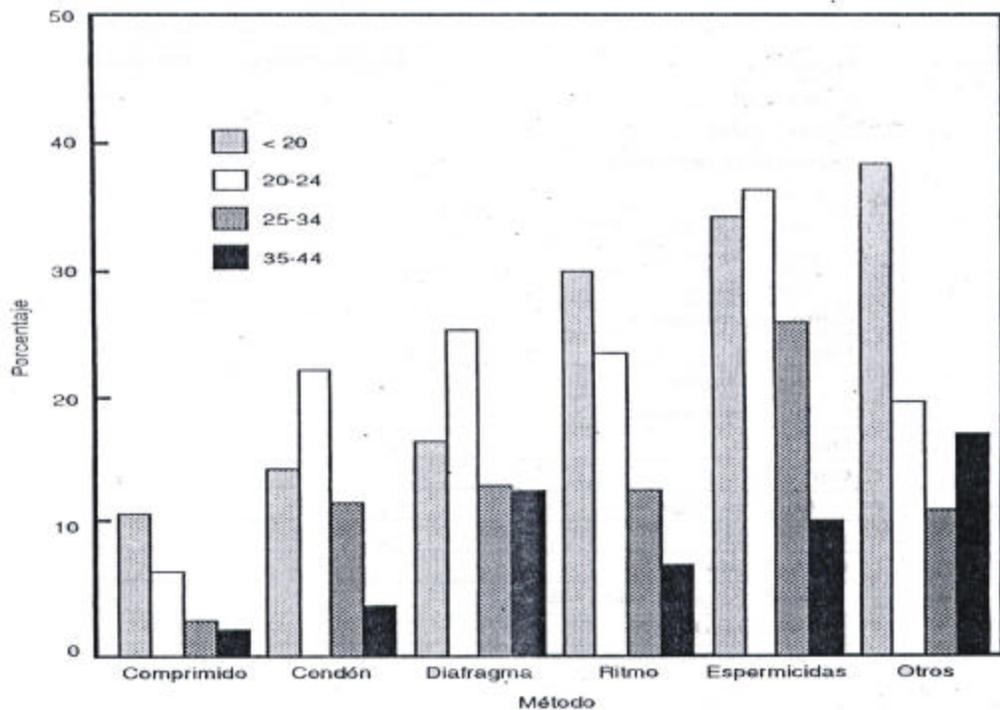
Prácticas Aticonceptivas en el Mundo. Práctica anticonceptiva en Colombia.

Millones		Millones	
Mujeres en edad fértil	1.450	Población	40.000.000
Mujeres en riesgo	960	Mujeres en edad fértil	9.600.000
Parejas en anticoncepción	610	Mujeres en riesgo	5.200.000
Esterilización	140	parejas en contra	3.600.000
Píldoras	70	Píldoras	700.000
Aborto inducido	80	Dispositivos	600.000
Dispositivos	70	Métodos de barreras	250.000
Métodos de barrera	40	Met. Inyectable	150.000
Ritmo cintotermico	30	Coitos interrumpidos	250.000
Coitos interrumpidos	30	Vasectomía	50.000
Anti. Inyectables	20	Otros	175.000
Vasectomía	60		



Gráfica 2. Tasa de Abortos por Grupo de Edad en Estados Unidos 1980

Fuente. Ginecología de Novak 12a Edición.



Gráfica 3. Porcentaje de Mujeres que Experimentan Fracaso Anticonceptivo Durante los 12 Primeros Meses de Empleo por Edad y Método Estandarizado por Raza y Estado Marital.

Fuente. Ginecología de Novak 12a Edición.

2.2.6 Sexualidad y Educación. La sociedad moderna se caracteriza por los rápidos cambios que se suceden en muchos de sus aspectos. Cambios tecnológicos, económicos, culturales y sociales que, a su vez, han ido modificando paulatinamente ideas, actitudes y comportamientos en el área de la sexualidad humana.

El largo camino recorrido en los últimos tiempos explica que coexistan individuos que acomodan su conducta a unos principios morales que restringen el uso de la sexualidad con otros que, por el contrario, defienden la plena libertad del individuo en este campo. Y, entre ellos, existe una variada gama de principios y actitudes que se entremezclan y hacen de la sexualidad una cuestión compleja.

La sexualidad constituye una dimensión trascendental y determinante de la realidad humana. No puede ser considerada como un adjetivo y secundario en la persona y en la sociedad, sino que incide permanentemente en el ser y el quehacer humano. De allí que prácticamente todas las realidades de la existencial

individual y comunitaria tengan relación intrínseca con la sexualidad de los individuos. Correlativamente la sexualidad no puede ser considerada en abstracto. Pero está vinculada con todas las realidades de la existencia, no puede ser apreciada e interpretada sino en conexión con dichas realidades. Pero es evidente que la familia es una realidad humana supremamente compleja que tampoco puede ser entendida sin ubicarla en el contexto cultural en que corre.

Por otra parte, sabemos que por experiencia, que tanto en la cultura como en la familia, la religión ha ejercido y ejerce un influjo importante. Podemos entonces suponer de antemano que la religión y la cultura son factores de gran incidencia en la familia.

Así, pues, para entender la sexualidad en su relación con la familia, es necesario mirar el innegable influjo de la religión y de la cultura en la familia y, consecuentemente en la comprensión de la sexualidad.

La sexualidad es una dimensión fundamental del ser humano, está presente a lo largo de la vida de todos los seres humanos. Su desarrollo armónico es fundamental para la formación integral de la persona, en tanto que contempla dimensiones comunicativas, afectivas, de placer y reproductivas. Su desarrollo comprende aspectos biológicos y sociales, resaltando dentro de estos últimos la dimensión Ética.

Tradicionalmente la sexualidad se ha reprimido impidiendo la construcción sana, responsable, gratificante y enriquecedora de la personalidad¹⁸.

La identidad sexual en este período el adolescente atraviesa por una fase de indeterminación que lo conduce en algunos casos a experiencias eróticas aparentemente homosexuales, comportamientos que le permiten explorar su cuerpo y compararlo con el cuerpo del otro, ello hace parte del camino recorrido hacia el reconocimiento del propio cuerpo y compararlo con el cuerpo del otro, ello hace parte del camino recorrido hacia el reconocimiento del propio cuerpo y del paso de la infancia a la edad adulta. Esto aparece en ellos, sin que implique la existencia de un compromiso afectivo, sino más bien interpersonal¹⁹.

La iniciación sexual en este despertar amoroso surgen los primeros contactos corporales interpersonales, proceso en que descubre sentimientos; emociones y va reconociendo su cuerpo y lo que implica ponerse en relación con el otro. Dicha iniciación se consolida a través de las primeras relaciones sexuales.

¹⁸ GONZALES ILLIDGE, Guillermo. Revista Latinoamericana de Sexología, Vol. 8 No. 1. Medellín, Colombia. 1993.

¹⁹ GONZALES ILLIDGE, Guillermo. Revista Latinoamericana de Sexología. Volumen 9, No. 1. Centro Comercial Monterey. Medellín – Colombia. 1994.

Según esta investigación, la iniciación sexual se viene dando cada vez a más temprana edad para ambos sexos en relación a décadas anteriores.

Para el hombre entre los 12 y los 18 años y la mujer entre los 15 y 21. Lo que nos muestra que a pesar de mantenerse la pauta cultural de la permisividad en los hombres y restricción para la mujer, quien debe postergar la expresión y manifestación de su deseo, en ellas se observa mayor desinhibición en la expresión de su iniciativa. Algunos jóvenes denominan la conducta desinhibida como “acoso sexual”²⁰.

Con respecto a los aspectos reproductivos casi todos los programas de salud, de contracepción, de prevención de morbi- mortalidad, de infertilidad, de lactancia, están referidos a la etapa y proceso reproductivo de la mujer, dimensión manipulada, publicitada, reglamentada, sojuzgada, considerada casi patrimonio de las organizaciones estatales, privadas, nacionales e internacionales que dicen interesarse por la mujer a quien finalmente no les interesa concientizar sobre sus derechos humanos y su valor como persona total.

Los derechos reproductivos y sexuales de tanto impacto en la salud, la economía, el desarrollo social, la justicia y evolución, no pueden seguir siendo ignorados puesto que tienen que ver tanto con la realización de las personas como con la misma supervivencia y continuidad de la raza humana, ya que ésta se da a partir de opciones reproductivas, es decir, son eje central o fuente primigenia de todo lo demás.

Las conquistas logradas por la mujer y reconocidas por organismos como las Naciones Unidas, quedan limitadas si se nos sigue asignando culturalmente una sola cara de la moneda como son las responsabilidades de crianza y cuidado de la familia, más no el derecho a elecciones reproductivas libres o, dicho en los términos del tema de la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo (1994), se nos agobia con responsabilidades, dejándonos sin opciones²¹.

El modelo socio educativo para la mujer transmitido y reforzado por las instancias socio-culturales, incluso por un gran porcentaje de mujeres cuyo nivel de crecimiento interior no les permite una visión que trascienda su ubicación local.

SOPORTAR (como si fuera un deber intrínseco) situaciones frustrantes, deteriorantes tanto de ser como de vivir, en beneficio de otros.

RESIGNACION, con base en el sofisma que “nuestra biología es nuestro destino” y por tanto, poco podemos modificarla.

²⁰ GISPERT, Carlos. Consultor de Psicología Infantil y Juvenil. Impreso en España Oseano. Cali, 1982. p. 178-180

²¹ LONDOÑO E., María Ladi. Etica de la Ilegalidad.. ISEDER, Cali – Colombia. Marzo 1994. p.25-30

SUFRIMIENTO: Formadas para él como elemento central de nuestra supuesta condición, y asumiendo como el camino necesario para “ganarnos el cielo”.

1. En general las mujeres poseemos una enorme capacidad para afrontar frustraciones, malestar, infelicidad. Parecemos tener una gran fuerza interior que nos permite sostenernos relativamente sanas en medio de ambientes sumamente adversos y la capacidad de soñar nos salva del derrumbe total. Es decir, en nosotras mismas reside una gran respuesta de sanación.
2. La problemática de las mujeres, rotulada dentro del marco de “trastornos mentales” en un alto porcentaje, es consecuencia del modelo socio-educativo con que nos formamos, de las expectativas y del tipo de identidad asumidos como efecto de los valores tradicionales. Definitivamente la cultura ha tenido y mantiene obligaciones deteriorantes como base de las percepciones están relacionadas con el entorno, y para las mujeres el modelo determinante ha sido no sólo ajeno sino lesivo²².

Es importante tener en cuenta los principios éticos que son:

- ? Responsabilidad y compromiso social e histórico.
- ? El amor.
- ? Libre opción de la maternidad.
- ? Cuidado de la propia salud.
- ? Autonomía.
- ? Conservación de la biosfera.
- ? La alegría.
- ? Objeción de conciencia.
- ? Tener significado de la propia existencia.
- ? Fin y medios inseparables en sus valores.
- ? No imponer creencias religiosas o políticas a la infancia.
- ? Valorar la propia vida tanto como la de otros/as.
- ? Negarnos a experimentos reproductivos con nuestros cuerpos.
- ? Tener apertura a nuevas verdades.
- ? Aceptar el relativismo de los valores.
- ? Dignidad para vivir y morir.
- ? Libertad “para optar y decidir”.
- ? Libertad y responsabilidad como inseparables.
- ? Legalidad, justicia y ética como independientes.
- ? Desobediencia civil no violenta.
- ? Oposición a armas y guerras²³.

²² LONDOÑO E., María Ladi. *Ética de la Ilegalidad*. ISEDER, Cali – Colombia. Marzo 1994.

²³ Ibid

Se hace necesario revisar históricamente lo que en nuestra cultura supone plantear el problema del embarazo indeseado cuando en nuestro entorno familiar por muchas generaciones el embarazo se concibe y se magnifica como el resultado de la unión de una pareja legítimamente constituida, con lazos de amor indisolubles donde la palabra “indeseado” no puede pronunciarse.

La afirmación anterior por muchos años quizá fue aceptada con sumisión como parte del deber ser de la mujer que se comprometía en matrimonio; en fin único de la familia era el de formar un ejército de personas donde la mujer tenía sobre sus espaldas el peso y la responsabilidad de criar sanamente los hijos que la providencia le mandara, aunque emocional y físicamente no estuviera en las mejores condiciones y esta obligante responsabilidad acabara con su vida a temprana edad.

Al hombre se le asignó como jefe de hogar la toma de decisiones relacionadas con la valoración de los comportamientos y actitudes asumidas por los miembros de su familia, imponiendo su forma de pensar. La educación y formación de los hijos se fundamentaba en el “respeto a los mayores” independientemente de los criterios que ellos tuvieran²⁴.

Por qué hablamos de embarazos, acaso en algún momento de la vida el embarazo esta contemplado como algo indeseable?.

No supuestamente:

“Los hijos son el pilar de la familia”.

“La mujer embarazada es hermosa”.

“La maternidad realiza a toda mujer”.

“Los niños son la alegría del mundo” y un sin fin de afirmaciones producto de la idealización del amor y la maternidad.

Como se explica que ante la intempestiva noticia de un preñez, nos aturdamos?.

El embarazo indeseado va más allá del capricho, la ignorancia, la irresponsabilidad de la mujer o la pareja. Como lo venimos afirmado, se hace necesario desde los primeros años de formación, la valoración distinta de la sexualidad y es aquí donde la institución familiar debe empezar a cambiar, permitiéndole a sus miembros el sano descubrimiento de sus deseos al tiempo que trae de forjar el ejercicio de una sexualidad responsable.

Si desde el comienzo, cuando el niño empieza a descubrir las sensaciones placenteras no fuera reprimido y cuando adolescente se le estableciera claramente la diferencia entre la reproducción y el placer, sería mucho más fácil para la persona tomar decisiones firmes, consecuentes con su actuar y su sentir.

²⁴ GONZALES ILLIDGE, Guillermo. Revista Latinoamericana de Sexología. Volumen 9, No. 1. Centro Comercial Monterey. Medellín – Colombia. 1994.

Cómo lograr que la salud sexual sea un derecho donde cada uno se haga responsable de ejercerla?. Resulta ambicioso y por demás difícil de alcanzar, no debemos olvidar que desafortunadamente las personas avanzamos a pasos diferentes y los logros dependen de la forma como asumamos la vida; la influencia de la familia es vital en este proceso.

Se debe procurar llegar a la consolidación de la familia teniendo en cuenta las exigencias del momento el único vínculo válido para aceptar la consolidación de esta institución, debe también tenerse en cuenta la importancia de propugnar por un cambio de valores respecto a la sexualidad, que permita a la persona entender, decidir lo conveniente y en el momento oportuno.

La dinámica de la actual sociedad exige familias unidas no por lo económico sino por lo afectivo; no basta la satisfacción de unas necesidades básicas que más que una dádiva son un derecho de todo ser humano. Es a través de la confianza, el respeto, la individualidad y la diferencia establecida, que podremos lograr hijos sanos, felices y adultos capaces²⁵.

Pensemos por un momento lo que puede significar para la familia en las actuales condiciones sociales un embarazo, cuando aparece en un momento no pensado, no planeado, consecuencia de la falla de un método anticonceptivo, imprevisto debido al rompimiento de la relación, muerte del compañero o pérdida del empleo . Indeseado, cuando la mujer ha sido víctima de violencia incluso de su pareja o cuando se tienen serios problemas de salud y mil motivos más, personales y respetables si consideramos que es una situación particular y única en determinado momento de la vida.

Para el adolescente, el significa mayor riesgo de enfermedad, disminución de oportunidades laborales y de estudio, matrimonios precoces que pronto terminan.

La situación planteada debe tener una solución que de una u otra manera ayude a solucionar los conflictos que se generan en el momento y que pueden apuntar a: opción o decisión de no continuar el embarazo.

Esta situación enfrenta a la familia a una serie de dificultades que muchas veces entra en contradicción con sus principios y que choca con leyes represivas haciendo más difícil la decisión.

Desde el punto de vista médico en los países donde la ley lo permite, se puede realizar la intervención sin mayores riesgos para la mujer, contrario a lo que sucede en países donde es ilegal, pues los profesionales se ven impedidos para realizarlo, dejando el camino a los empíricos que irresponsablemente afectan la

²⁵ GONZALES ILLIDGE, Guillermo. Revista Latinoamericana de Sexología. Volumen 9, No. 1. Centro Comercial Monterey. Medellín – Colombia. 1994.

salud de la mujer, sometiéndola a prácticas con alto riesgo de infección y muerte²⁶.

La Anticoncepción Eficaz es la elección de un método anticonceptivo que puede llegar a ser tan difícil de asumir como el enfrentar un embarazo indeseado.

Se debe tener en cuenta que la anticoncepción puede prevenir un embarazo, pero cualquiera de los existentes, clasificados como naturales o no tienen riesgo de falla. Para algunas personas resulta frustrante la experiencia, además de ir acompañada de conceptos erróneos influenciados por la familia y el medio.

La sexualidad no se asume como componente importante del bienestar de la persona dentro de la familia, por lo tanto se trabaja muy poco en torno a él, se aplaza, o lo que es peor ni se piensa.

La sociedad reclama a la familia, la enaltece como parte importante de la misma pero no le exige transformaciones en pro de los suyos.

Todos estamos en la obligación de conocer la Ética de la educación sexual emanada del Ministerio de Educación Nacional, la conducta sexual humana a pesar de ser una función bio-psicológica, al necesitar del otro para su expresión y originar los fenómenos de la reproducción y la sociodemografía, deja de ser un asunto individual para ingresar en el ámbito de lo social y de lo simbólico.

Por esta razón ha sido preocupación del Estado, el cual desde el comienzo de la civilización ha legislado en relación a esta materia y de la ética que ha impuesto los conceptos del bien y del mal acerca de la sexualidad.

Dicho de otra manera, el ser humano ha construido una serie de valores y de normas que codifican la vivencia de la sexualidad y que conocemos como moral o ética sexual. Estos valores, desde luego, se han ido modificando a través de la historia y no siempre han coincidido con todas las sociedades en una misma época.

Así, tenemos culturas más permisivas que otra y algunas francamente represivas en cuanto a la manifestación de la sexualidad. En nuestro caso, venimos de un pasado que se caracterizó, por ser prohibitivo en cuanto a la expresión de la sexualidad y autoritario al imponer los roles hombre-mujer, todo esto en razón de una lectura moral fundamentalista que hoy en día tiende a desaparecer dando paso a una ética de corte humanista.

Es este sentido, la Constitución Política de Colombia estipula en varios de sus artículos derechos y deberes directamente relacionados con una concepción amplia de la sexualidad, como son los derechos de todas las personas a un libre

²⁶ Ibid

desarrollo de su personalidad; la prohibición de la esclavitud y de la servidumbre; la igualdad de derechos y deberes de la pareja; el derecho de la pareja a la libre decisión sobre el número de hijos; la igualdad de oportunidades para el hombre y la mujer; la protección de la mujer frente a cualquier clase de discriminación en el período de gestación y post-parto; los derechos de los infantes a un desarrollo pleno y armónico; los derechos de los adolescentes a una formación integral y los derechos de las personas a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

El proyecto de la Ley General de Educación contempla como objetivo primordial de todos y cada uno de los niveles educativos, el desarrollo integral de los educandos mediante acciones estructuradas, encaminadas a propiciar una sólida Formación Ética y Moral, basada en el conocimiento vivencial y en la práctica del respeto a los derechos humanos.

Es decir, propiciamos una Educación Sexual para la vida y el amor²⁷.

La historia de la fecundación es muy prolongada; sin embargo el control voluntario de la fecundidad es aún más importante en la sociedad moderna, dado que prácticamente se espera que cada mujer tenga uno o dos hijos, la mayor parte de su vida los pasa tratando de evitar embarazos.

El control eficaz de la reproducción es esencial para la capacidad de la mujer de lograr sus metas individuales, además de la reproducción desde una perspectiva más amplia, el crecimiento rápido de la población humana en este siglo amenaza la supervivencia. A su ritmo actual la población del mundo se duplicará en 40 años, y la de muchos de los países más pobres del mundo se duplicará en un poco más de 20 años, tanto para el mundo como para el planeta, la salud reproductiva requiere empleo cuidadoso de medios eficaces para prevenir tanto el embarazo como las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.).

Desde la pubertad hasta la Perimenopausia, las mujeres afrontan preocupaciones sobre su capacidad para tener hijos o evitarlas, las únicas opciones son abstinencia sexual, anticoncepción o embarazo.

2.2.7 Ética y Valores Humanos. Se observa en nuestro país muchas características culturales y económicas de lenta erradicación gestada a través de la Educación y de la tradición transmitidas de una generación a otra, que dan lugar a estructuras familiares que son la base sobre la cual se desarrolla la personalidad de un infante; que muy posiblemente influyen de una u otra forma en la Orientación Sexual de los colombianos.

²⁷ GONZALES ILLIDGE, Guillermo. Revista Latinoamericana de Sexología. Volumen 9, No. 1. Centro Comercial Monterey. Medellín – Colombia. 1994.

Estas características han ido cambiando, como por ejemplo los profundos cambios en los conceptos de obediencia y autoridad, las relaciones sexuales cada vez más tempranas, la independencia de la mujer, una mayor inestabilidad en la unión matrimonial, la violencia, la incidencia de los medios de comunicación, los cuales han fomentado expectativas que no coinciden con las necesidades reales.

Hay una gran dificultad tanto por parte de los padres, como de los hijos para adaptarse a los cambios, sin romper radicalmente el sistema de vida.

Los padres de familia son el modelo y el ejemplo de los hijos. Las expresiones de cariño, respeto, responsabilidad y compromiso en la relación entre madre, padre e hijos, aseguran una orientación en los valores humanos más fundamentales. Es en la familia en donde el niño y el joven reciben las primeras lecciones de solidaridad, cooperación, honradez, sensibilidad y agradecimiento: Es donde se aprende a amar y ser amado, a tolerar y ser tolerado, a dialogar, a compartir, a respetar y valorar la vida. La propia existencia y la de los demás, o por el contrario pueden vivir y luego reproducir cuando sean adultos, el maltrato infantil, el abuso sexual, la deshonestidad, el egoísmo y todo tipo de violencia intrafamiliar”.

La familia puede ser campo de agresión y violencia o de paz. Puede proporcionar salud o enfermedad, placer o displacer, puede dañar y abusar o cuidar y respetar, enaltecer o denigrar, ser infierno o paraíso. En todo caso la familia está aquí para permanecer, vale la pena analizarla con una mirada crítica desacralizarla pero reconocer su importancia.

También parece importante aprender a vivir en y compartir con los nuevos tipos de familia sin considerar que por apartarse de lo tradicional sean “patológicos”.

Pero como hacer para que la sexualidad no sea enajenada en el ámbito familiar?, cómo hacer y qué hacer. Habrá múltiples respuestas porque el problema tiene múltiples facetas.

Aventuro una respuesta desde mi posición personal y profesional:

Aprendamos a enseñar a aprender el valor de la sexualidad, la necesidad de la autovalía, el respeto y la solidaridad con el otro y otros. Aprendamos a aprender el amor, teniendo en cuenta los objetivos del proyecto nacional de educación sexual del Ministerio de Educación Nacional.

Propiciar cambios en los valores, conocimientos, actitudes y comportamientos relativos a la sexualidad, de acuerdo con la ciencia y el humanismo y fomentar la salud en general y la salud sexual en particular, guardando el debido respeto que merecen las creencias y los valores populares.

1. Replantear los roles sexuales tradicionales, buscando una mejor relación hombre mujer que permita la desaparición del sometimiento del uno por el otro,

basados en los principios de igualdad social, jurídica y económica de ambos sexos.

2. Promover modificaciones de la vieja estructura familiar de corte patriarcal, con el fin de buscar una mayor equidad en las relaciones entre padres e hijos y entre la pareja conyugal, propiciando el amor, el respeto, el crecimiento y la autodeterminación de los miembros de la familia.
3. Lograr que de una manera consciente y responsable (no coercitiva) hombres y mujeres decidan cuál es el momento en que pueden traer hijos al mundo, utilizando adecuadamente los diversos medios de regulación de la fertilidad.
4. Buscar la salud sexual de los educandos tanto física como mental.

La familia es interacción, es relación y comunicación de afecto de intereses comunes, de negociaciones y de tareas, de pros y de contras, de transiciones y de cambios; en fin un conglomerado de eventos difíciles de definir, pero fáciles de sentir.

El amor es lo fundamental y el proceso lo necesario para que esa pareja se consolide. La Dra. Cecilia Cardinal decía que una pareja eran dos personas que se consideraban expertos y sabelotodos en todo y en ocasiones tenían grandes dificultades de ponerse de acuerdo y desarrollar ese proceso que no es más que los acuerdos en la cotidianidad.

Estas formas valoradas que cada uno aporta al matrimonio y que hemos llamado actitudes, pueden ser facilitadoras y nutridoras de la relación de pareja, o infortunadamente obstaculizadoras o enfermizas, generadoras de malestar y probablemente de rupturas, pueden ser productoras de evidencias abiertas, cálidas y seguras o por el contrario evidencias de temor inhibición o pobreza en la expresión del afecto. Las mujeres que se casaron, recuerdan lo que esperaban de ellos? Muy seguramente su amor, su responsabilidad, un buen amante por supuesto, fiel, casi que podríamos decir fiel y confiable unas condiciones absolutamente necesarias. El por su lado muy seguramente esperaba de ellas unas dosis muy grandes de comprensión, de ternura, de dedicación y preocupación por sus cosas, su casa, sus hijos, elegantemente dispuesta, una excelente anfitriona, una colaboradora en lo económico y porque no también una artista sexual.

Puestas estas maravillosas cosas sobre la mesa, sólo cabría esperar la felicidad total, pero están ustedes seguros de saber realmente lo que el otro o la otra estaba tramando con su vida? Son éstas esas las cosas que ustedes quisieron vivir? Sus expresiones les alcanza para hacer tanto? Son ustedes tan maravillosamente sanos para llevar a cabo tantos cometidos? Probablemente son sólo seres de carne y hueso llamados humanos, que tienen muchas

equivocaciones y que están aprendiendo a evitarlos. Ustedes han formado parte de una familia, pero nunca habían intentado tener una. Esto tiene un costo; un proceso tan largo, tan largo que nos dura toda la vida y donde los únicos responsables para ustedes, son ustedes mismos y donde ustedes tienen que responder ante otros, ante el esposo, ante la esposa, ante los hijos que cuando se convierten en adultos los van a mirar evaluativamente y les van a decir su forma de vivir, de amar, de expresarse, de darse afecto, su forma de equivocarse, su dedicación, su tiempo, sus castigos y muchos de sus expresiones. La manera de relacionarse entre ustedes han hecho en nosotros o seres seguros, esperanzados, confiados en el futuro, convencidos de querer y encontrar un ser humano con quien compartir la vida, o por el contrario, somos seres desconfiados, tristes, siempre a la expectativa, pesimistas y hoscos, con la idea de que amar es sólo una ilusión, un sentimiento que se vive en las telenovelas o en la cine y los hombres y las mujeres seres creados para hacer sufrir, para someter o ser sometidos. Esto nos va a dar la idea de que dependiendo de las interacciones y de los mecanismos que entran en juego la forma como nos relacionamos en pareja, los nuevos patrones que desarrollemos, la capacidad de entender nuestro propio mundo interior, y dentro de este mundo interior nuestros conflictos de esa misma manera abordaremos las expresiones con las que nos aproximamos a nuestros hijos, a quienes de una u otra manera condicionaremos y moldearemos para que repliquen patrones de salud que nutran sus vidas o esquemas enfermos que distorsionen su desarrollo.

Aquí entran en juego dos elementos: lo que enseñamos y el modelo que presentamos, este último a su vez desarrolla dos mecanismos psicológicos que: la identificación y la imitación y van más allá éstos dos modelos de imitación la de identificación de lo que se dice, ya que con la limitación se replica el modelo y con la identificación se interioriza y se fija como una especie de troquelado, dejando un sello indeleble que dependiendo de ese modelo va a ser dinámico, cambiante y lleno de posibilidades; o rígido, estereotipado y limitado.

Las demostraciones de amor, los besos, las caricias, los pequeños grandes detalles, las mínimas atenciones, las grandes responsabilidades que se brindan papá y mamá, aunque nos parezcan tontas y superficiales van creando la idea de que lo externo es una muestra de lo íntimo y que la aproximación es acortar distancia para conocerse mejor, y que nadie da una mejor idea de lo sexualmente sano como una pareja cercana que es capaz de convertir siempre su adversidad o dificultad en una oportunidad más de reencuentro íntimo

No nos estamos refiriendo a aquellas parejas que solucionan sus problemas en la cama, estamos refiriendo a aquellas parejas que son capaces de ser íntimos, de estar uno cerca del otro, de poder captar su emotividad y sus sentimientos.

Esto crea sentimientos de satisfacción, de orgullo, de estímulo, de alegría por pertenecer a un grupo familiar, que se van a traducir en conceptos de aprecio por

si mismo, de valoración individual. En conclusión una autoestima sólida, que garantice el asumir la tarea de la vida con perspectivas más amplias.

Dentro de este estado de cosas, serán una decisión libre y responsable de sus padres y no tendrán que cargar con el dolor de no ser deseados, sus padres serán facilitadores del crecimiento y no unos supresores del desarrollo, aprenderán a mirar a sus hijos como personitas con sentimientos propios y no como adultos en tamaños reducidos, a quienes debemos corregir para que socialmente sean aceptados²⁸.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 Planificación Familiar. La planificación familiar es el derecho de todo hombre y toda mujer a decidir libremente cuando y cuántos hijos tener.

La mujer y el hombre, la pareja tiene la responsabilidad de planificar el nacimiento de sus hijos para velar adecuadamente por su bienestar. La planificación familiar, sin alterar la actividad sexual de la pareja, contribuye a que cada hijo sea deseado.

Colombia en su Constitución Nacional reconoce el derecho que tiene toda persona a una información adecuada y a recibir los servicios necesarios para planificar su familia.

2.3.2 Anticoncepción. Procedimientos técnicas y estrategias que pueden alterar o bloquear los procesos reproductivos.

2.3.3 Factor de Conocimiento. Conjunto de saberes relacionados con la anticoncepción.

2.3.4 Factor de Actitudinal. Valoraciones que la persona hace frente a las consecuencias del no uso de métodos anticonceptivos.

2.3.5 Factor de Práctica. Acciones de acceso al uso de anticonceptivos.

²⁸ GONZALES ILLIDGE, Guillermo. Revista Latinoamericana de Sexología. Volumen 9, No. 1. Centro Comercial Monterey. Medellín – Colombia. 1994.

2.4 MARCO LEGAL

En 1991 la Presidencia de la República a través de la consejería para la juventud, la mujer y la familia, inició la elaboración de una Plan Nacional de Educación Sexual, pero es a raíz de una acción de tutela presentada por Lucia Díaz Díaz, docente de Ventaquemada, Boyacá, destituida de su cargo por tratar un tema sobre la sexualidad en una clase de tercero de primaria, que la honorable Corte Constitucional de la República de Colombia resolvió solicitar al Ministerio de Educación adelantar la Educación Sexual de los educandos en los diferentes centros educativos del país, tanto del sector estatal como del privado. A partir de este momento el Ministerio de Educación Nacional, convocó a una consulta nacional de expertos en Educación Sexual, cuyas recomendaciones se consignan en la resolución No. 03353 del 2 de julio de 1993. “Por la cual se establece el desarrollo de programas y proyectos institucionales de educación sexual en el país”.

La Ley 115 de febrero 8 de 1994, Ley general de educación en su artículo 14 establece en el literal “e” la obligatoriedad de cumplir con “la educación sexual impartida en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad” y se ratifica en el Decreto reglamentario 1860 de Agosto 3 de 1994, artículo 36, la enseñanza prevista en el artículo 14 se cumplirá bajo la modalidad de proyectos pedagógicos. La intensidad horaria y la duración de los proyectos se definirán en el respectivo plan de estudios²⁹.

Toda persona tiene derecho a decidir libre y espontáneamente el número de hijos que desean tener y cuando tenerlos. Es por eso que se hace alusión a los derechos sexuales y reproductivos acordados en la conferencia del Cairo en 1994. Asamblea convocada por las Naciones Unidas.

Estos derechos se adoptaron para nuestro país y funcionan con nuestra Constitución Política de 1991.

1. Derecho a condiciones de salud, nutricionales, educacionales, ambientales, apropiadas para el desarrollo armónico de hombres y mujeres en todas las etapas del ciclo vital para favorecer el nivel más alto de la salud sexual y reproductiva.
2. Derecho al ejercicio autónomo de la sexualidad, de acuerdo con las propias referencias y a la protección legal de las mismas incluida o no. La finalidad reproductiva independiente del sexo, de la edad, de la raza, de la creencia

²⁹ BULA, Germán Alberto. Revista 1998 – 2002. Proyecto Nacional de Educación Sexual para la Vida y el Amor (Ministerio de Educación Nacional). Colombia, 1998.

religiosa y del estilo de la pareja.

3. Derecho a una educación sexual y reproductiva desde la infancia, no sexista que favorezca el autoconocimiento, el autocuidado y el ejercicio de una sexualidad y una reproducción libres, gratificantes y responsables.
4. Derecho de todos los individuos y parejas a decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos y el espaciamiento entre ellos, a que sean fruto de una maternidad deseada, libre, segura y compartida y a disponer de la información y de los medios para ello.
5. Derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva integral (planificación familiar, maternidad saludable, atención del climaterio, promoción, prevención, atención y control de ITS, infecciones de transmisión sexual VIH, SIDA y Cáncer del aparato reproductivo) eficientes, oportunos, de buena calidad y humanizados, dentro de las condiciones éticas, de intimidad, confidencialidad, respeto y con sentimiento, basados en una información correcta, que respete los valores culturales y las creencias religiosas, en el marco de lo establecido en el Sistema General de Seguridad Social de Salud.
6. Derecho a un trato equitativo y no discriminatorio en el trabajo, en Instituciones Educativas o sociales, por condiciones asociadas al estado civil, estar embarazada, tener hijos, tener ITS/VIH/SIDA, tener cáncer del aparato reproductivo, o por su edad, a vivir y a trabajar en un ambiente sin riesgos para la fecundidad y la reproducción.
7. Derecho de hombres y mujeres en todas las edades, a no ser maltratados ni violentados sexualmente y a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de Derechos Humanos y en la Constitución Política de 1991.

3. ASPECTOS METODOLOGICOS

3.1 TIPO DE INVESTIGACION

3.1.1 Cuantitativo. Porque este estudio se fundamentará en justificar las hipótesis que se deduzcan del trabajo sobre los factores asociados al uso de la anticoncepción en los estudiantes de primer, segundo y tercer semestre de la Universidad de Nariño y además evidenciar las características que determinan la realidad a conocer, basado en cuerpos teóricos aceptados por la comunidad científica.

3.2 ENFOQUE DE INVESTIGACION

3.2.1 Descriptivo – Propositivo. Porque se registro las características del fenómeno estudiado y presenta una propuesta pedagógica formativa, que conlleve a su desarrollo integral, con base en los datos obtenidos en el trabajo de investigación.

3.3 POBLACION. Conformada por el universo del estudiante de I, II y III semestre de la Universidad de Nariño, representada por un total de 6.117 estudiantes.

3.4 MUESTRA. Tomada en forma aleatoria los programas de cada facultad de educación; de igual forma los estudiantes de cada programa mediante la formula:

$$n = \frac{NZ^2 P (1 - P)}{(N - 1) e^2 + Z^2 P (1 - P)}$$

Que serán distribuidos entre los tres primeros semestres, así:

Semestre I con 20 estudiantes en 6 programas distribuidos entre 3 y 4 por cada programa.

Semestre II Con 76 estudiantes en 10 programas distribuidos entre 7 y 8 por cada programa.

Semestre III Con 16 estudiantes en 6 programas distribuidos entre 2 y 3 por cada programa.

$$n = \frac{NZ^2 P (1 - P)}{(N - 1) e^2 + Z^2 P (1 - P)}$$

Donde: n = tamaño de la muestra.
 N = Población total.
 Z² = factor de confiabilidad.

P(1 - P) = Tamaño de la muestra.
 e = Margen de error

$$n = \frac{NZ^2 P (1 - P)}{(N - 1) e^2 + Z^2 P (1 - P)}$$

$$N = 6.117$$

$$Z = 1.96 \text{ con el } 95\% \text{ de confiabilidad.}$$

$$P(1 - P) = 0.25$$

$$e = 0.05$$

$$n = \frac{6.117 (1.96)^2 (0.25)}{6.116 (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.25)}$$

$$n = \frac{370}{6.117}$$

$$n = 0.05$$

$$\text{Factor} = \frac{n}{N} = \frac{370}{6.117} = 0.05$$

Aplicación al número de estudiantes de un programa escogido al azar de cada facultad, en el siguiente orden:

$$\text{I SEMESTRE} \quad 402 \times 0.05 = \mathbf{20}$$

$$\text{II SEMESTRE} \quad 1.525 \times 0.05 = \mathbf{76}$$

$$\text{III SEMESTRE} \quad 319 \times 0.05 = \mathbf{16}$$

MUESTRA ES DE 112 ESTUDIANTES.

I SEMESTRE:

Facultad	Estudiantes
CIENCIAS AGRICOLAS	3
CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS	3
DERECHO	4
EDUCACIÓN	3
INGENIERIA AGROINDUSTRIAL	3
CIENCIAS PECUARIAS	4
TOTAL	20

II SEMESTRE:

Facultad	Estudiantes
ARTES	8
CIENCIAS AGRÍCOLAS	8
CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS	8
CIENCIAS HUMANAS	8
CENTROS DE ESTUDIOS EN SALUD	7
CIENCIAS NATURALES Y MATEMATICAS	8
DERECHO	7
EDUCACIÓN	7
INGENIERIA	8
CIENCIAS PECUARIAS	7
TOTAL	76

III SEMESTRE:

Facultad	Estudiantes
CIENCIAS AGRICOLAS	2
CIENCIA ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS	3
DERECHO	3
EDUCACIÓN	3
INGENIERIA AGROINDUSTRIAL	2
CIENCIAS PECUARIAS	3
TOTAL	16

3.5 TECNICAS PARA RECOLECTAR LA INFORMACION

3.5.1 Instrumentos

Encuesta, para recolectar la información.

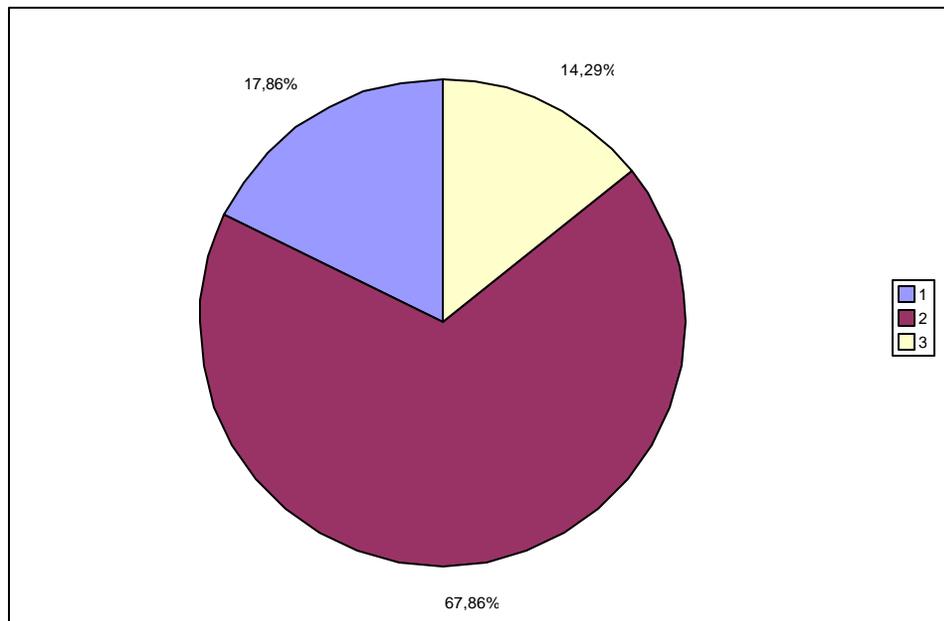
3.6 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACION

El proceso de análisis e interpretación de la información se desarrolló en función de valoraciones estadísticas como la frecuencia, que permitieron hacer el ejercicio de interpretación.

A continuación presentamos los resultados encontrados por medio de tablas y gráficas con su respectiva interpretación y análisis.

Tabla 1. Estudiantes de Pregrado por Semestre.

Semestre	No. estudiantes	%
1	20	17,86
2	76	67,86
3	16	14,29
TOTAL	112	100



Gráfica 4. Estudiantes de Pregrado por Semestre.

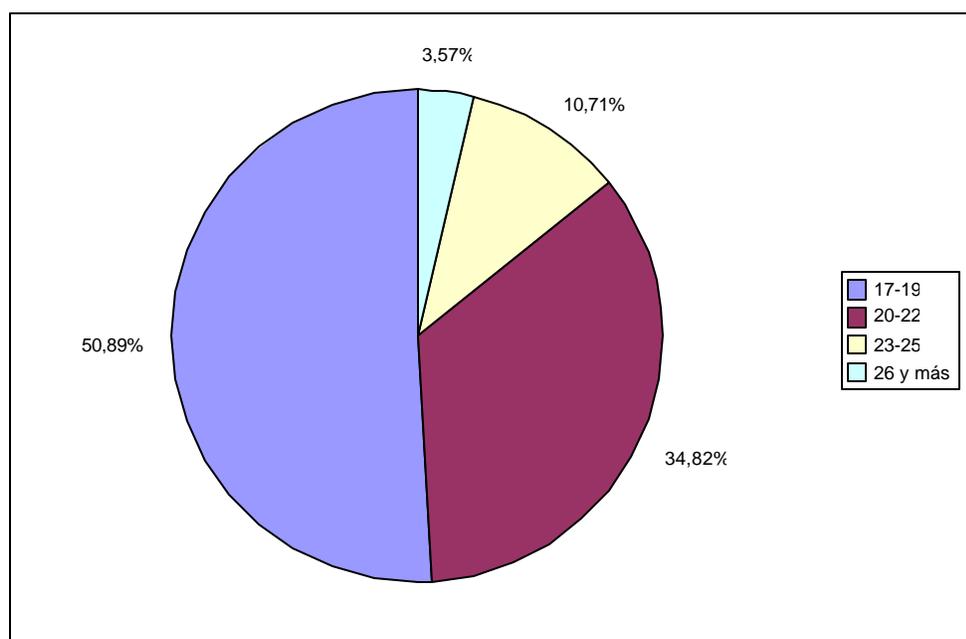
INTERPRETACIÓN TABLA No. 1 Y GRAFICA No. 4

Observando la tabla, encontramos que el mayor porcentaje de estudiantes encuestados corresponden al segundo semestre que representan el 67,86% de la muestra; seguido por el primer semestre con el 17,86% y el tercer semestre con el 14,29%.

Los anteriores resultados se dan debido a que la mayoría de programas son anuales y en el período en que se aplicó la encuesta, 1.525 estudiantes corresponden en total al segundo semestre, mientras que en el primer semestre son 402, y en el tercero 319.

Tabla 2. Porcentual de Distribución de Estudiantes por Edad de la Universidad de Nariño 2004.

Edad (años)	No. estudiantes	%
17-19	57	50.89
20-22	39	34.82
23-25	12	10.71
26 y más	4	3.57
TOTAL	112	100



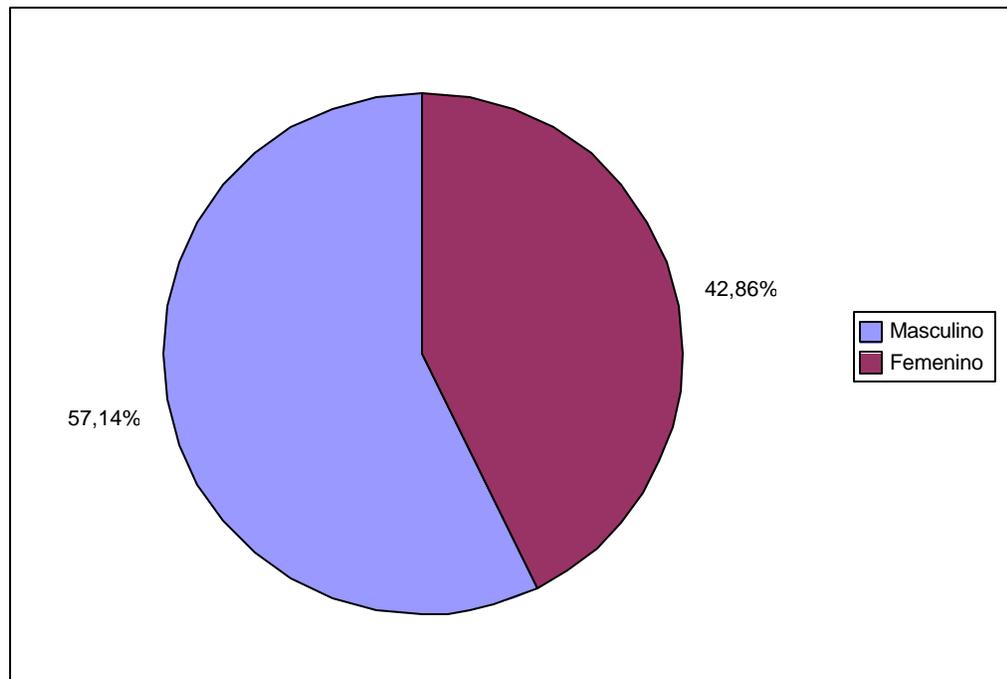
Gráfica 5. Porcentual de Distribución de Estudiantes por Edad de la Universidad de Nariño 2004.

INTERPRETACION TABLA No. 2 Y GRÁFICA No. 5

Los resultados de la tabla No. 2, indican que la mayoría de los estudiantes corresponde a edad entre 17 a 19 años, (57) que equivalen al 50.89%, que corresponde a la etapa de la adolescencia, entre los 20 – 22 años, (39) corresponden al 34.82%, que corresponde a los jóvenes, 23 – 25 años (12), equivalen al 10.71% y el 26 y más (4) corresponden al 3.57% de adultos, equivalen siendo esta la población más vulnerable a las consecuencias de no llevar una vida sexual planeada.

Tabla 3. Clasificación de Estudiantes por Género.

Género	No. estudiantes	%
Masculino	64	57.14
Femenino	48	42.86
TOTAL	112	100



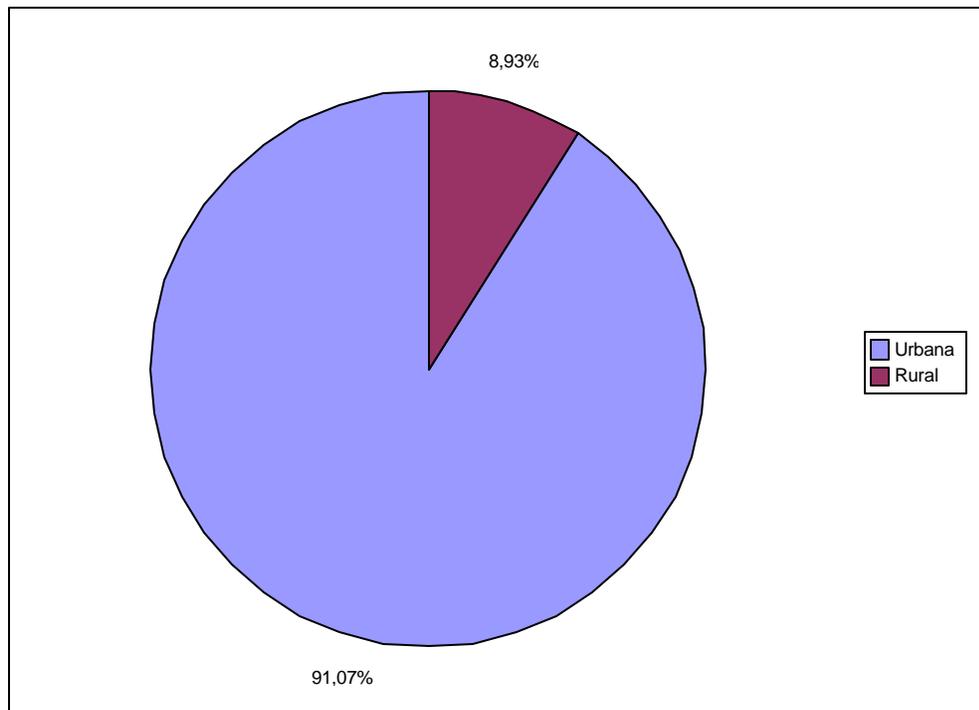
Gráfica 6. Clasificación de Estudiantes por Género.

INTERPRETACION TABLA No. 3 Y GRÁFICA No. 6

Según los resultados obtenidos, el mayor porcentaje de los resultados encuestados corresponden al género masculino, debido a que la mayor demanda por los programas de pregrado es por parte de los hombres, según estadísticas obtenidas de la oficina de Planeación y Desarrollo de la Universidad de Nariño.

Tabla 4. Procedencia

<i>Procedencia</i>	<i>No. estudiantes</i>	<i>%</i>
Urbana	102	91.07
Rural	10	8.93
TOTAL	112	100



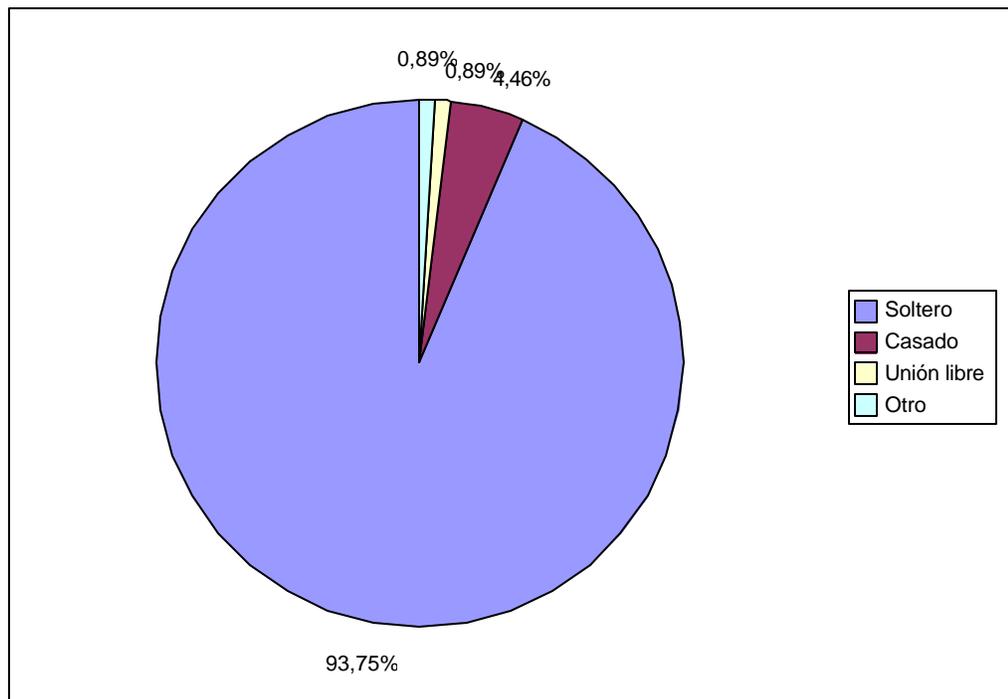
Gráfica 7. Procedencia

INTERPRETACIÓN TABLA No. 4 Y GRÁFICA No. 7

La mayoría de estudiantes, pertenece a la zona urbana, porque para ellos se facilita el acceso a la Universidad y de la zona rural son menos los estudiantes que ingresan a la Universidad, debido a los altos porcentajes de ICFES requeridos para ingresar a la Universidad y limitaciones académicas de los colegios de donde egresan y a esto se agrega el factor socioeconómico, ya que la ciudad demanda otros gastos y costumbres que hacen más difícil tanto el ingreso a la universidad como su permanencia.

Tabla 5. Estado Civil de los Estudiantes.

Estado civil	No. estudiantes	%
Soltero	105	93.75
Casado	5	4.47
Unión libre	1	0.89
Otro	1	0.89
TOTAL	112	100



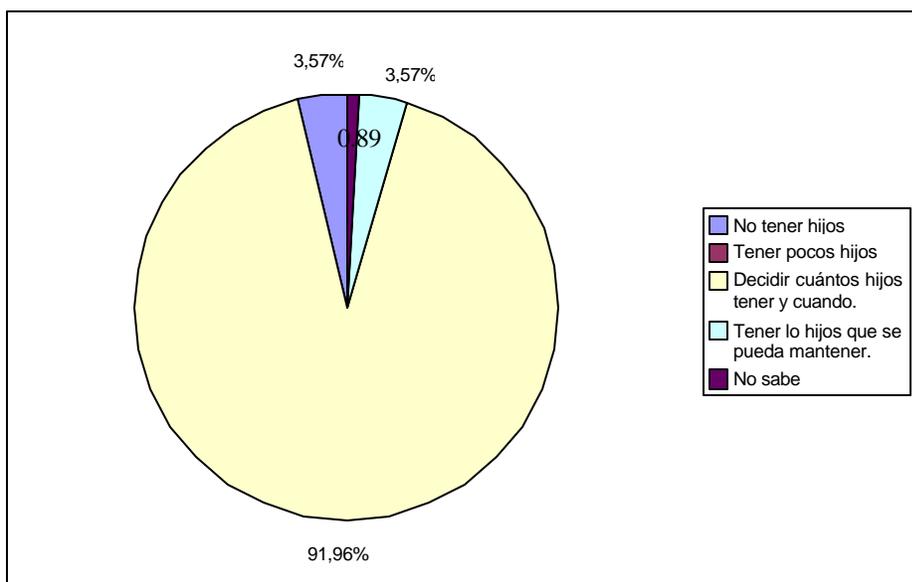
Gráfica 8. Estado Civil de los Estudiantes.

INTERPRETACION TABLA No. 5 Y GRÁFICA No. 8

Según la información obtenida con respecto al estado civil, el mayor porcentaje de estudiantes son solteros, posiblemente por encontrarse en la etapa de la adolescencia y que aún no han formalizado relaciones de pareja.

Tabla 6. Descripción Porcentual del Concepto de Planificación Familiar.

Concepto	No. estudiantes	%
No tener hijos	4	3.57
Tener pocos hijos	0	0
Decidir cuántos hijos tener y cuando.	103	91.97
Tener lo hijos que se pueda mantener.	4	3.57
No sabe	1	0.89
TOTAL	112	100



Gráfica 9. Descripción Porcentual del Concepto de Planificación Familiar.

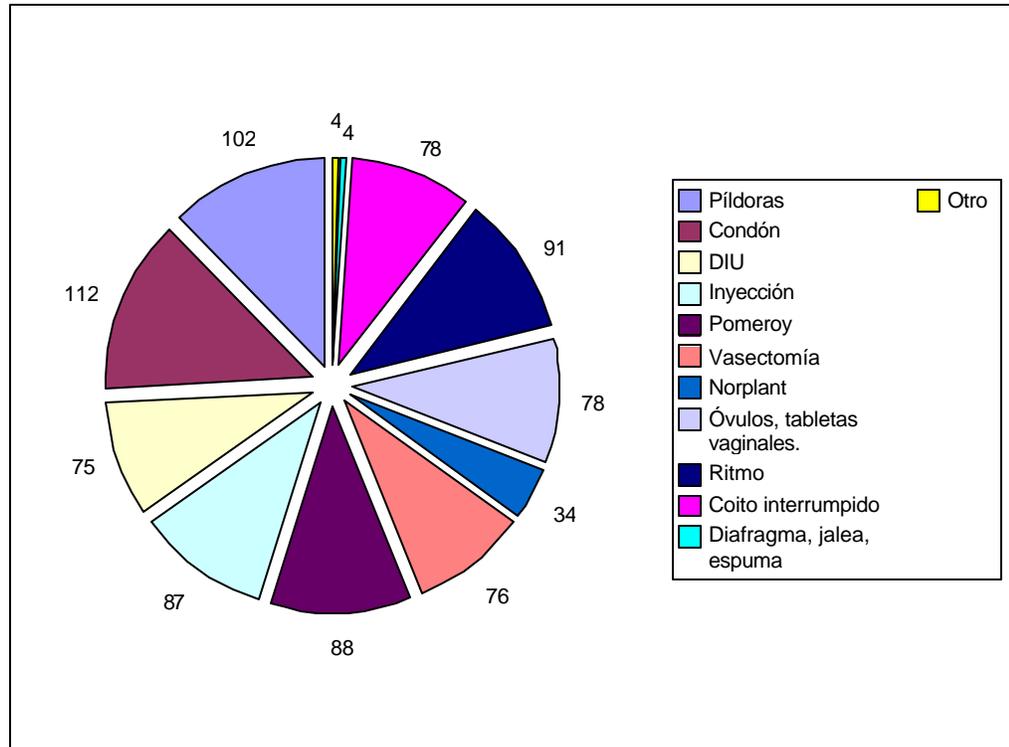
INTERPRETACION TABLA No. 6 Y GRAFICA No. 9

Analizando las respuestas de los estudiantes, con respecto a la definición de planificación familiar, que es 103 equivalente a 91.97%, siendo adecuada, posiblemente debido a información obtenida en instituciones educativas, de salud o medios de comunicación. Se puede apreciar que los estudiantes tienen un concepto claro que la planificación familiar ofrece a las mujeres una oportunidad de mejorar su estado de salud planificando si desean tener hijos o no y, cuando y en que número los tendrán. Se estima que si se ofreciera a las mujeres la posibilidad de evitar los embarazos no deseados o inadecuadamente planificados, ello permitirá evitar un 25 y 40% de las muertes maternas.³⁰

³⁰ PROFAMILIA. Planificación, Población y Desarrollo. Diciembre 1995.

Tabla 7. Reconocimiento de los Métodos de Planificación Familiar por los Estudiantes.

<i>Método</i>	<i>Respuestas</i>	<i>%</i>
Píldoras	102	91.07
Condón	112	100
DIU	75	75.89
Inyección	87	77.67
Pomeroy	88	78.57
Vasectomía	76	67.85
Norplant	34	30.35
Óvulos, tabletas vaginales.	78	69.64
Ritmo	91	81.25
Coito interrumpido	78	69.14
Diafragma, jalea, espuma	4	3.57
Otro	4	3.57



Gráfica 10. Reconocimiento de los Métodos de Planificación Familiar por los Estudiantes.

INTERPRETACION DE LA TABLA No. 7 Y GRAFICA No. 10

Se puede apreciar que la mayoría de estudiantes, (112) equivalen al 100%, reconocen los diferentes métodos de planificación familiar, entre ellos el condón, las píldoras y el método del ritmo; y en menor porcentaje el diafragma, jalea y espuma, así como también en otros como la esterilidad, parches y la abstinencia.

Este reconocimiento posiblemente debido a la publicidad acerca del condón en los diferentes medios de comunicación y el de la píldora por ser un método de los más antiguos y populares, el método del ritmo del cual reciben mayor información en las instituciones educativas.

Se puede deducir que reconocen el preservativo no tanto como método anticonceptivo sino como protección para las E.T.S. (Enfermedades de Transmisión Sexual). Un mejor conocimiento sobre riesgos de contagio y las conductas de una vida sexual más segura, contribuye de un modo significativo a mejorar el estado de salud de una comunidad.³¹

³¹ PROFAMILIA. Planificación, Población y Desarrollo. Diciembre 1995. V13 - #26 – internet).

Tabla 8. Manifestación Acerca de las Dificultades que Tienen los Estudiantes para el Acceso a los Métodos Anticonceptivos.

<i>Dificultad</i>	<i>Respuestas</i>	<i>%</i>
Le da pena	20	16.81
No sabe como pedirlos	20	16.81
Miedo al que dirán	8	6.72
Sin prescripción médica	16	13.45
Alto costo	44	36.97
Desconoce los métodos anticonceptivos	11	9.24

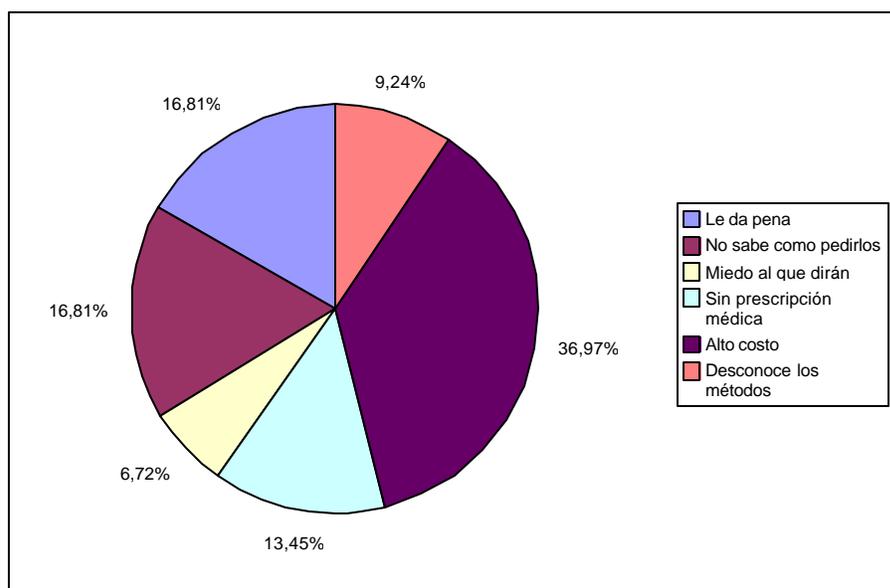


Gráfico 11. Manifestación Acerca de las Dificultades que Tienen los Estudiantes para el Acceso a los Métodos Anticonceptivos.

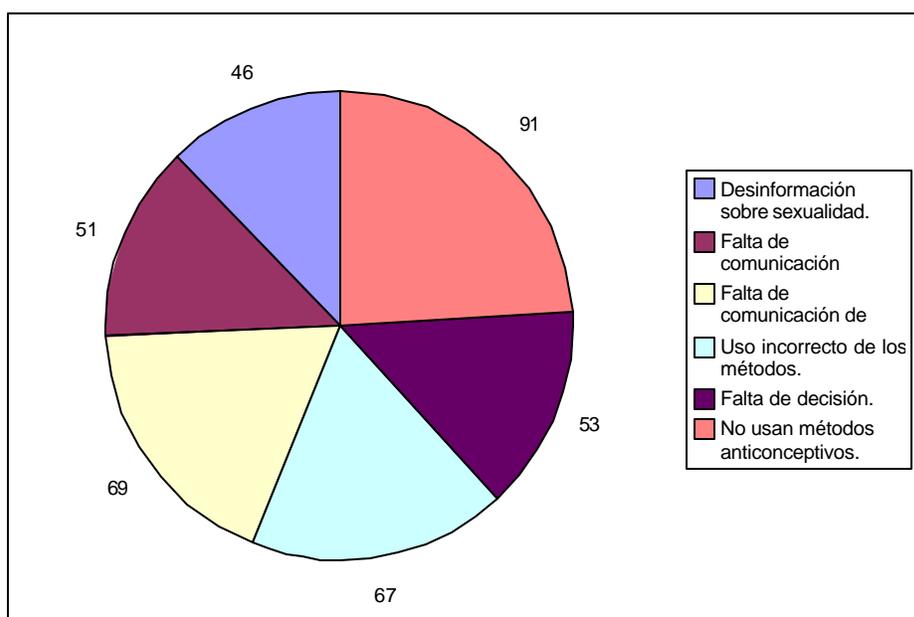
INTERPRETACION TABLA No. 8 Y GRAFICA No. 11

Con relación a la información obtenida las manifestaciones que priman para no usar anticonceptivos es su alto costo (44) equivalen al 36.97%. El factor económico es decisivo aún teniendo en cuenta que la universidad ofrece su venta a un costo de difícil acceso, ya que ellos en calidad de estudiantes no perciben ningún tipo de ingresos.

De lo anterior se concluye que a pesar de necesitar un método de planificación familiar, los jóvenes no los utilizan tal vez porque el medio cultural, los ha reprimido en lo referente a la sexualidad humana, se considera el relevante que el desconocimiento es del 9.24%.

Tabla 9. Razones para un Embarazo no Planeado.

Razones	No. estudiantes	%
Desinformación sobre sexualidad.	46	41.07
Falta de comunicación familiar.	51	45.53
Falta de comunicación de pareja.	69	61.60
Uso incorrecto de los métodos.	67	59.8
Falta de decisión.	53	47.32
No usan métodos anticonceptivos.	91	81.25



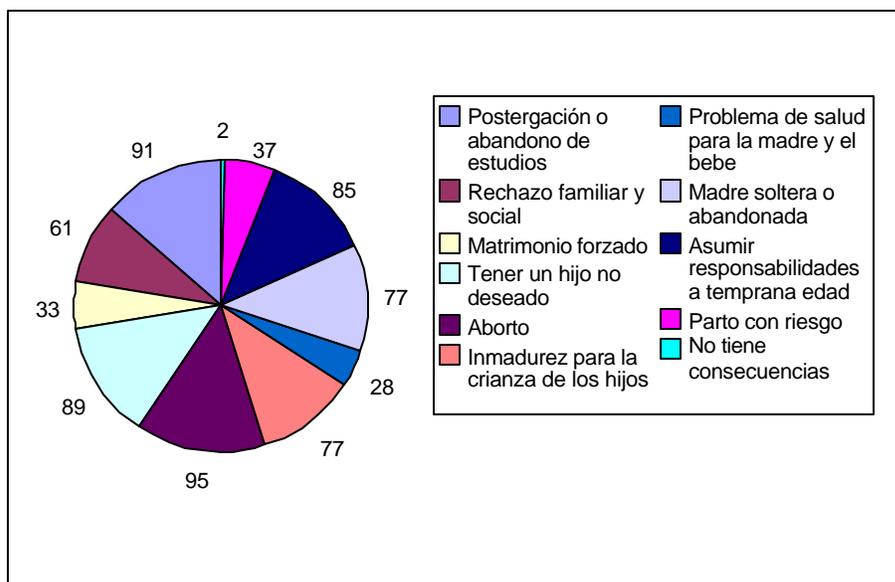
Gráfica 12. Razones para un Embarazo no Planeado.

INTERPRETACION TABLA No. 9 Y GRAFICA No. 12

De acuerdo a los datos obtenidos la mayoría de estudiantes (91) equivale al 81.25%, manifiestan que las razones más frecuentes para un embarazo no planeado se debe al no uso de métodos anticonceptivos, falta de comunicación con su pareja (69) 61.60%, y uso incorrecto de los métodos (67) 59.8%, a pesar de reconocer la mayoría de los métodos anticonceptivos no los usan o lo hacen en forma incorrecta, y la falta de comunicación entre la pareja acerca de métodos de anticoncepción por ser un tema poco común entre los adolescentes.

Tabla 10. Consecuencias Negativas del Embarazo en Adolescentes.

<i>Consecuencias negativas</i>	<i>Respuestas</i>	<i>%</i>
Postergación o abandono de estudios	91	81.25
Rechazo familiar y social	61	54.46
Matrimonio forzado	33	29.46
Tener un hijo no deseado	89	79.46
Aborto	95	84.82
Inmadurez para la crianza de los hijos	77	68.75
Problema de salud para la madre y el bebe	28	25
Madre soltera o abandonada	77	68.75
Asumir responsabilidades a temprana edad	85	75.89
Parto con riesgo	37	33.03
No tiene consecuencias negativas	2	1.78



Gráfica 13. Consecuencias Negativas del Embarazo en Adolescentes.

INTERPRETACION TABLA No. 10 Y GRAFICA No. 13

En la interpretación de la gráfica, se observa que los estudiantes refieren que la mayor consecuencia negativa en el embarazo de adolescentes es el aborto (95) 84.82%, seguido por la postergación y abandono de estudios (91) equivale al 81.25%, tener un hijo no deseado (89) 79.46% y asumir responsabilidades a temprana edad (85) 75.89%.

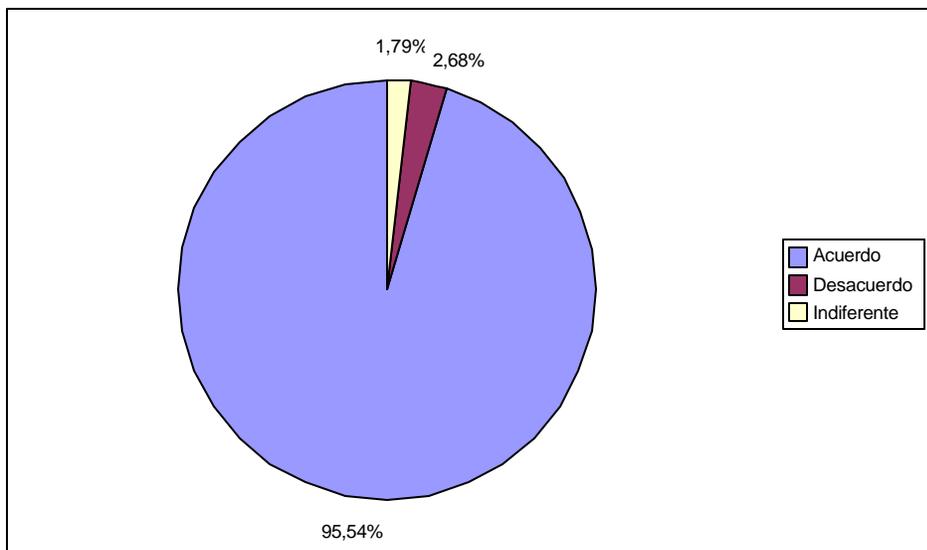
El aborto es primera opción por adolescentes en caso de embarazo no deseado. En el mundo son altos los índices de aborto provocado que se realizan en clínicas y clandestinamente que perjudican la vida de la madre y del feto, conduciendo muchas veces a la muerte. La falta de educación sexual y las acciones encaminadas a evitar embarazos no deseados, así como la falta de valores auténticos incrementan día a día el problema en el mundo.³²

Las anteriores consecuencias; comunes entre los adolescentes son el reflejo de una sexualidad inadecuada de la pareja, que puede desencadenar efectos negativos para la salud, desarrollo de su personalidad, problemas sociales y familiares.

³² BOOKWILLER, Bowem. Obstetricia. Editorial Interamericana S.A. 1993. p. 323

Tabla 11. Opinión de los Estudiantes Frente al Uso de Métodos Anticonceptivos.

Concepto	No. estudiantes	%
Acuerdo	107	95.54
Desacuerdo	3	2.68
Indiferente	2	1.78
TOTAL	112	100



Gráfica 14. Opinión de los Estudiantes Frente al Uso de Métodos Anticonceptivos.

INTERPRETACION TABLA No. 11 Y GRAFICA No. 14

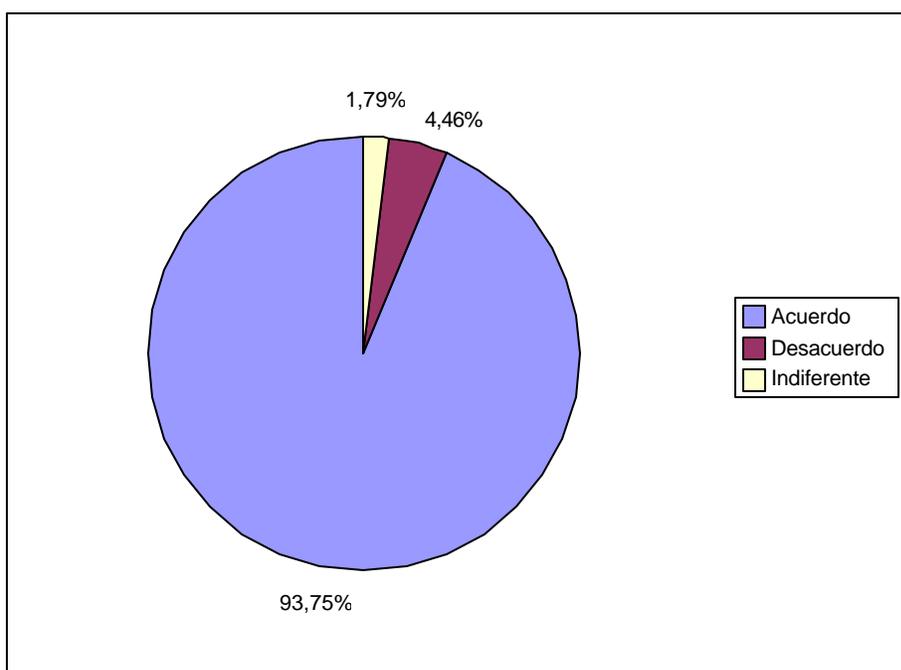
Según la encuesta realizada un alto porcentaje de los jóvenes (107) equivalen al 95.54%, están de acuerdo con la utilización de métodos anticonceptivos, por las mismas experiencias vividas y observadas en otros amigos o compañeros y porque en su propia capacidad de análisis prevén las graves consecuencias de una sexualidad sin control.

Existe un reconocimiento creciente acerca de la íntima relación entre tendencias demográficas, calidad de vida y status de la mujer, de ahí que la planificación familiar debe estar inmersa en los planes de desarrollo de los países. En éste contexto salud reproductiva significa que la gente tiene la capacidad de reproducir y regular su fertilidad que la mujer es capaz de gozar su maternidad con el mínimo de riesgo posible que los hijos no solo sobrevivan, sino que también se desarrollen con dignidad.³³

³³ Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Planificación Familiar. Santa Fé de Bogotá, 1995.

Tabla 12. Opinión de los Estudiantes Sobre una Propuesta de Planificación y Consejería Familiar.

Concepto	No. estudiantes	%
Acuerdo	105	93.75
Desacuerdo	5	4.46
Indiferente	2	1.79
TOTAL	112	100



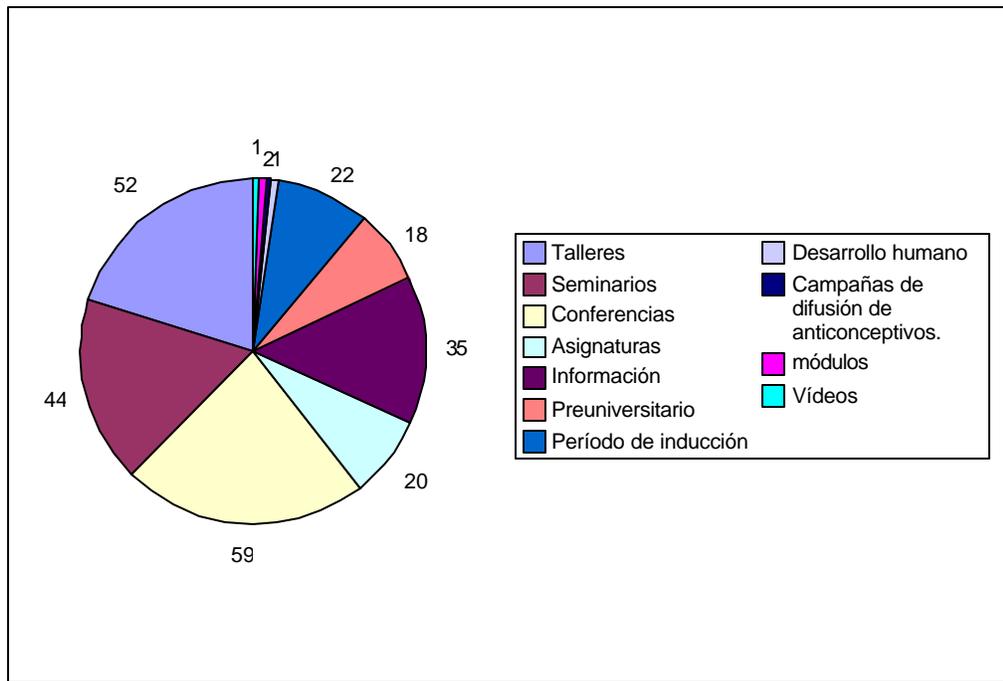
Gráfica 15. Opinión de los Estudiantes Sobre una Propuesta de Planificación y Consejería Familiar.

INTERPRETACION TABLA No. 12 Y GRAFICA No. 15

Con los datos obtenidos, la mayoría de los estudiantes (105) 93.75%, están de acuerdo en que la Universidad debería ofrecer una propuesta pedagógica de planificación y consejería familiar, porque se puede determinar que la mayoría tiene una información superficial acerca de los métodos anticonceptivos y al momento de utilizarlos lo hacen en forma inadecuada, se cuestionan la búsqueda de una asesoría adecuada que oriente a los estudiantes a practicar una sexualidad con menor riesgo.

Tabla 13. Estrategias para Desarrollar Actividades de Planificación Familiar.

Concepto	Respuestas	%
Talleres	52	46.42
Seminarios	44	39.28
Conferencias	59	52.67
Asignaturas	20	17.85
Información	35	31.25
Preuniversitario	18	16.07
Período de inducción	22	19.64
Desarrollo humano	2	1.78
Campañas de difusión de anticonceptivos.	1	0.9
módulos	2	1.78
Vídeos	1	0.9



Gráfica 16. Estrategias para Desarrollar Actividades de Planificación Familiar.

INTERPRETACION TABLA No. 13 Y GRAFICA No. 16

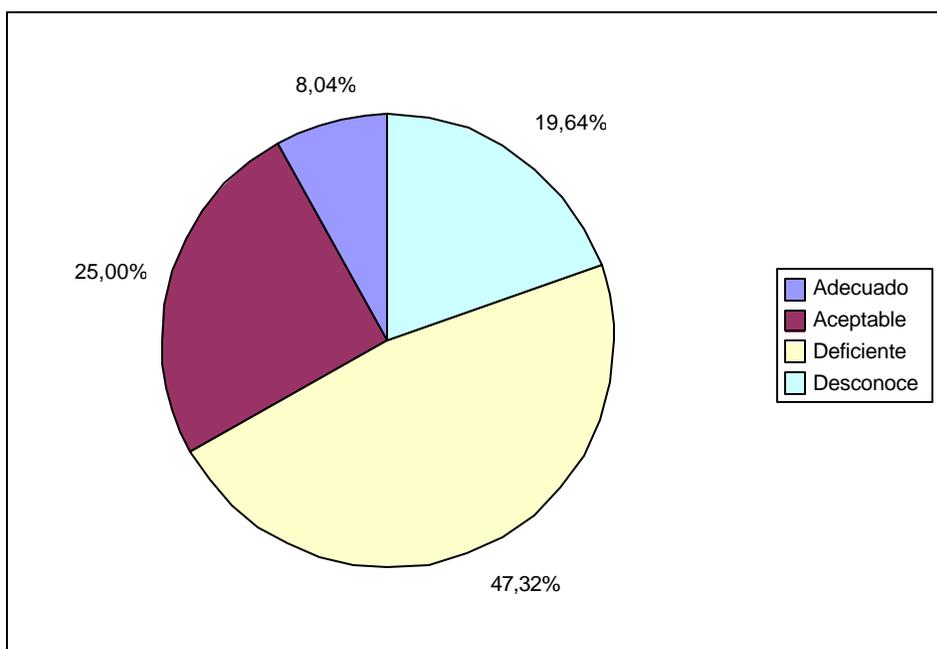
La mayoría de estudiantes (59) 52.67% que están de acuerdo con que la Universidad de Nariño, ofrezca una propuesta pedagógica y de consejería sobre planificación familiar, lo prefieren mediante conferencias, talleres y seminarios.

Posiblemente para ellos, estas actividades son de mayor captación y comprensión, a la vez que propician espacios para la discusión y confrontación de la información y son metodologías activas.³⁴

³⁴ SUBIRIA, Miguel y otros. Metodologías Alternativas de Aprendizaje Significativo. Magisterio. Bogotá. 2000.

Tabla 14. Opinión de los Estudiantes Acerca de la Información Recibida Sobre Planificación Familiar en la Universidad.

Concepto	No. estudiantes	%
Adecuado	9	8.04
Aceptable	28	25
Deficiente	53	47.32
Desconoce	22	19.64
TOTAL	100	100



Gráfica 17. Opinión de los Estudiantes Acerca de la Información Recibida Sobre Planificación Familiar en la Universidad.

INTERPRETACION TABLA No. 14 Y GRAFICA No. 17

Según la mayoría de los estudiantes (53) 47.32%, manifiestan que la información recibida de la unidad médica y de la Universidad es deficiente, aceptable (28) 25% y desconoce (22) 19.64%, que quiere decir que la información sobre planificación familiar es muy pobre.

Es llamativo reconocer que aunque se hace una motivación informando sobre los métodos de planificación familiar que ofrece el programa de salud de la Decanatura al ingreso semestral, no se conoce la continuidad de un programa ni el seguimiento a los usuarios de los métodos.

3.6.1 Relación de Factores de Conocimientos, Actitud y Practica. Se observa que un alto porcentaje de estudiantes (103) que al equivalen al 91.97% tienen algún concepto de planificación familiar y reconocen a mayoría de los mismos, pero tiene dificultad para su adquisición por su alto costo, le da pena, no sabe como pedirlos y falta de prescripción médica; lo que conlleva a la no utilización de estos, además falta de comunicación con la pareja, falta de información familiar y al utilizarlos lo hacen en forma inadecuada, obteniendo como consecuencias negativas el aborto (95) equivalen al 84.82%, seguido por la postergación o abandono de estudios (91) 81.25%, asumir responsabilidades a temprana edad (85) equivalen al 75.89%, madre solterismo (77) que equivalen al 68.75% y rechazo familiar y social (61) equivalente al 54.46%; razón por la cual la mayoría (107) equivalen al 95.54% esta de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos y que sea la universidad quien ofrezca esta orientación a través de conferencias, talleres y seminarios; ya que la información obtenida hasta el momento es deficiente (53) equivalen al 47.32%, la consideran aceptable (28) 25%, y la desconocen (22) 19.64%.

**4. PROPUESTA PEDAGOGICA SOBRE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR PARA LOS ESTUDIANTES DE PREGRADO DE I
A III SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO**

*LA EDUCACION SEXUAL Y LA
PLANIFICACIÓN FAMILIAR UN COMPROMISO
DESDE LA EDUCACION SUPERIOR*

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

- ? La mayoría de estudiantes reconocen los diferentes métodos anticonceptivos, pero el acceso a ellos es limitado por su alto costo, el miedo, la pena y el no saber como pedirlos u obtenerlos.
- ? El embarazo no planeado se debe principalmente: al no uso de métodos anticonceptivos, falta de comunicación entre la pareja y el uso incorrecto de los métodos; lo cual puede significar el fin o la interrupción de una educación académica, además de otros problemas que pueden afectar su equilibrio biosicosocial.
- ? Los estudiantes, están de acuerdo con que la Universidad debería ofrecer una propuesta pedagógica de consejería y planificación familiar porque la información recibida de la Universidad y de la unidad médica sobre el tema es deficiente.

PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

La Universidad de Nariño en su visión, consecuente con el ideal de su fundación de constituirse en el eje dinamizador del desarrollo socio-económico, político y cultural de la región, inscribe su proyección de acuerdo con los requerimientos y retos del mundo contemporáneo.

Construye su sentido a través de la práctica social del conocimiento, la formación de actitudes y valores humanos y la relación Universidad – Regionalidad.

El diálogo Universidad – Sociedad se realiza a partir del reconocimiento de que la sociedad produce saberes, valores e imaginarios sobre los cuales construye su sentido de vida y acción, independientemente de los saberes académicos. En consecuencia es necesario enriquecer el conocimiento y buscar alternativas de desarrollo integral.

Entre sus propósitos está, el asumir los problemas del entorno como espacios del conocimiento, y proponer alternativas prioritarias de solución.

Reestructurar los programas académicos mediante procesos interdisciplinarios con el fin de lograr una formación integral y establecer líneas de investigación que correspondan a problemas regionales; son algunas de sus metas.

Por lo cual, la misión de la Universidad de Nariño, con fundamento en la autonomía, la libertad de cátedra y expresión; cumple con su quehacer investigativo, docente y de proyección social, en un marco de libertad de pensamiento y pluralismo ideológico.

El principio de la individualización, reconoce las diferencias no solo orgánicas, sino también de desarrollo mental de estilo para afrontar y resolver los problemas, diferencias motivacionales y experienciales, variedad en los proyectos y metas natural y social que van estructurando las diferencias individuales.

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano, su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

Apropiar la planificación familiar como un derecho ineludible de género y aceptar los métodos anticonceptivos como una opción que promueva una sexualidad sana y segura, son principios importantes en la sexualidad como base del desarrollo humano.

ENFOQUE DE LA PROPUESTA

La propuesta pedagógica sobre planificación familiar para los estudiantes de pregrado de la Universidad de Nariño, tendrá como bases lineamientos de la pedagogía activa, donde el sujeto sexuado construye sus esquemas que le permitan actuar nuevamente sobre la realidad en forma compleja.

El sujeto actúa sobre su medio, sobre lo que lo rodea en su entorno cotidiano y dirige su interés estableciendo relaciones a través de las cuales él transforma y a su vez se transforma.

DISEÑO METODOLOGICO

La propuesta pedagógica se plantea en estrategias dinámicas de apropiación de la información y compromiso vivencial para el desarrollo humano.

Para su desarrollo toma estrategias de pedagogía activas como: seminario, talleres, disco foro, exposiciones didácticas, entre otras, y como estrategia de promoción de la I.E.C. (Información Educación Comunicación).

MOMENTOS DE LA PROPUESTA

- ? **Aproximación y sensibilización:** dirigida a Bienestar Estudiantil como propuesta de desarrollo humano.
- ? **Desarrollo de la Propuesta:** según plan operativo.
- ? **Ejecución de la Propuesta:** según calendario determinado por Bienestar Universitario.
- ? **Financiación de la Propuesta:** se considera en el propuesto de Bienestar Universitario.
- ? **Control y Evaluación de la Propuesta:** Proceso continuo y permanente que consolide la experiencia exitosa para su implementación permanente.

PRINCIPIOS PEDAGOGICOS

Con base en el Referente Conceptual es necesario tener en cuenta los siguientes principios pedagógicos:

- ? La primera matriz de la formación humana es el afecto materno, cuyo suplemento y relevo posterior es la comprensión afectuosa del Maestro, donde se articula lo cognitivo con lo afectivo (Pestalozzi).
- ? La experiencia natural y espontánea, como principio de la formación humana. No negar la naturaleza del niño o del adolescente, sino a partir de ella, teniendo en cuenta sus necesidades e intereses y permitiendo el despliegue natural de los propios talentos (Rousseau).
- ? Que el individuo no se humaniza aislado y por fuera de la cultura y de la sociedad, sino en medio de ella, la influencia que ejerce sobre el sujeto el medio ambiente natural y sociocultural, controlable en los diseños interactivos de ricos ambientes de aprendizaje, tan de moda en la actualidad (el currículo) (Herbart).
- ? La humanización hasta la mayoría de edad se desarrolla por un proceso constructivo interior, progresivo y diferenciado que es necesario respetar en la actividad educativa, (María Montessori; Dewey y Piaget).
- ? Es con base en su propia actividad consciente como el educando construye sus propias herramientas conceptuales y su propio aprendizaje, contribuyendo a su desarrollo y autoformación, en el sentido de avanzar a niveles superiores de racionalidad, libertad y fraternidad, (Escuela Nueva – Teoría Pedagógica Contemporánea y Constructivismo Pedagógico). (Piaget – Vigotsky – Dewey).
- ? En la regulación prevista para la interacción Maestro – Alumno, este último mira al Maestro como un referente de comparación y jalonamiento de sus propias posibilidades.

Al lado del Maestro el Educando, eleva su potencial de desarrollo en la medida en que el maestro le muestra posibilidades de acción, horizontes de interrogación y de soluciones hipotéticas que amplían y realizan en el alumno sus “zonas de desarrollo potencial”.

El maestro se convierte no sólo en ejemplo sino también, en acicate de superación y crítica, como vía de crecimiento, autonomía y emancipación del alumno.

La interacción significativa con un maestro inteligente; sí puede acelerar el desarrollo del alumno. (Vigotsky – Rousseau – Piaget).

- ? “En el juego se conoce al caballero”. Se reconocía en el juego; la máxima experiencia que forma al hombre en relación con los demás, con la naturaleza y consigo mismo. La vida es un juego y que es en el juego de la vida donde el hombre se forma (Actividad Lúdica). (Froebel – Vigotsky)
- ? El principio de la individualización, reconoce las diferencias no solo orgánicas, sino también de desarrollo mental de estilo para afrontar y resolver los problemas, diferencias motivacionales y experienciales, variedad en los proyectos y metas personales, relaciones e interacciones con el medio natural y social que van estructurando las diferencias individuales, que el maestro necesita atender para lograr una enseñanza individualizada como lo postula la pedagogía.³⁵
- ? Reconocer la sexualidad como base del desarrollo humano.
- ? Apropiar la planificación familiar como un derecho ineludible de género.
- ? Aceptar los métodos de anticoncepción como opción que promueva una sexualidad sana y segura.

³⁵ FLOREZ OCHOA, Rafael. Hacia una Pedagogía del Conocimiento. McGraw Hill. Santafe de Bogotá 1997. p.113-118

JUSTIFICACIÓN

La formación sexual es un proceso vital que se inicia desde el período de gestación, progresa al ritmo de la vida y depende de la interacción con el medio ambiente, su meta es preparar al individuo para que sus relaciones con los demás lleguen a ser satisfactorias y de trascendencia; la imparte la familia, las instituciones educativas, la comunidad y los medios de comunicación. El desconocimiento, la falta de una adecuada orientación, los múltiples y complejos problemas que inciden en la sexualidad de preadolescentes y adolescentes, traen como consecuencia problemas asociados con la escolaridad y la vivencia de la sexualidad, por lo cual es necesario que el programa de salud de la decanatura de estudiantes desarrolle estrategias de educación permanente de salud sexual y reproductiva que lleve a la formación integral de los estudiantes.

OBJETIVOS

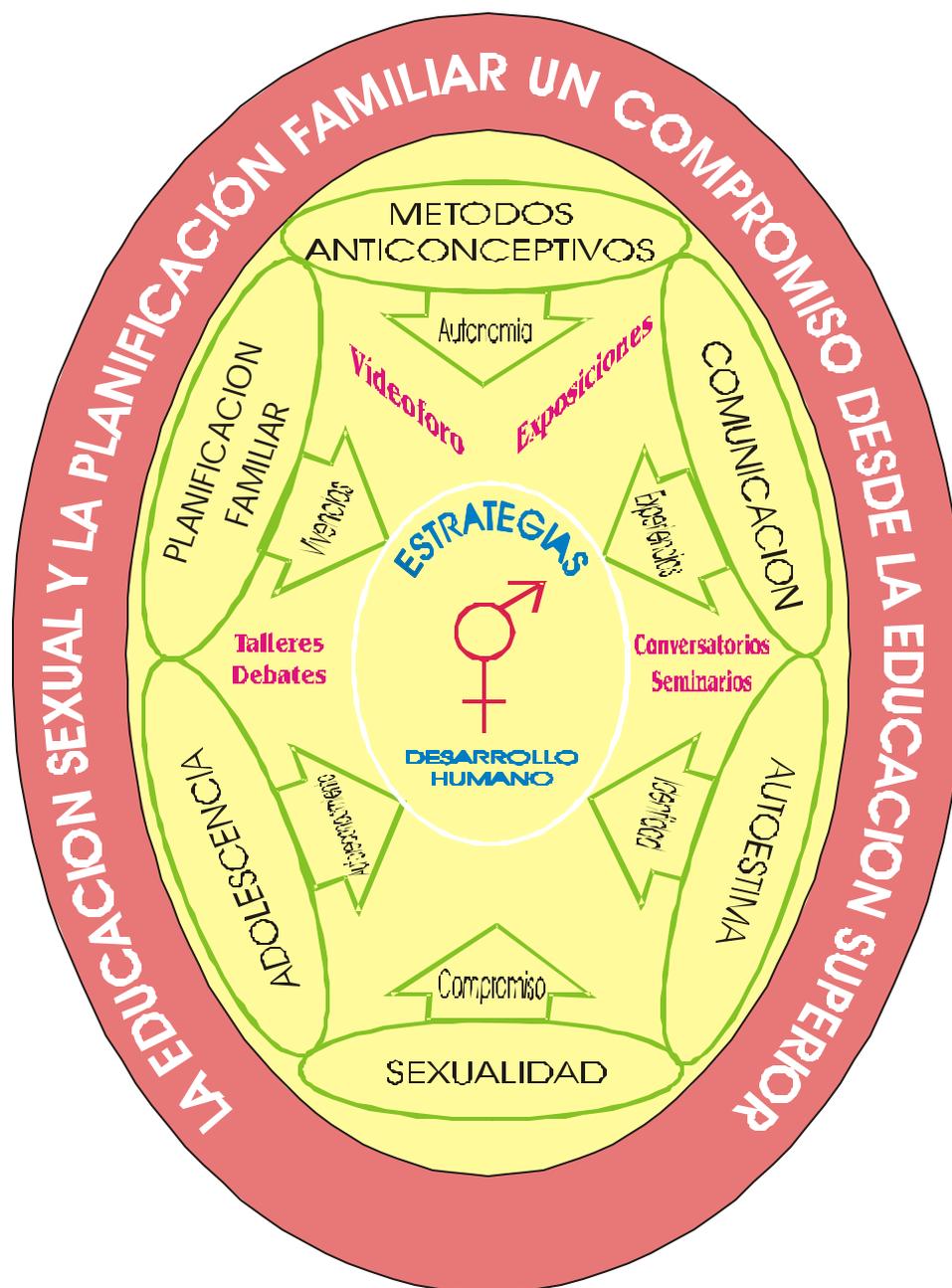
OBJETIVO GENERAL

Desarrollar procesos de cualificación en planificación familiar y educación sexual para estudiantes de pregrado de la Universidad de Nariño, que se proyecte en su formación integral.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ? Promover procesos dinámicos de cualificación sobre planificación familiar y educación sexual para los estudiantes de pregrado de la Universidad de Nariño.
- ? Determinar estrategias de educación permanente de salud sexual y reproductiva para conseguir una formación integral del estudiante.
- ? Coordinar acciones continuas de asesoría, seguimiento, orientación, capacitación y evaluación que consolide y cualifique las actividades adelantadas en los proyectos pedagógicos de planificación familiar y educación sexual.
- ? Concertar compromisos y convenios interinstitucionales e intersectoriales para el cumplimiento de cobertura y fortalecer planes de infraestructura logística y pedagógica.

MODELO DE LA PROPUESTA PEDAGOGICA



CONCEPTUALIZACIÓN DEL MODELO DE PROPUESTA PEDAGOGICA “LA EDUCACION SEXUAL Y LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR UN COMPROMISO DESDE LA EDUCACION SUPERIOR”

En el modelo se propone liderar la educación sexual y particularmente la planificación familiar hacia el desarrollo humano, donde se considera el escenario para abordar vivencias, experiencias, identidad, autoreconocimiento, compromiso y estrategias como otras tantas opciones que validen la sexualidad como el proceso de transformación humana y no el intercambio biológico ligado a la genitalidad como muchos jóvenes y jovencitas lo han asumido desde el rol de maduración sexual.

Los núcleos temáticos son el fundamento teórico-conceptual desde donde generar aprendizajes colectivos para desarrollar aprendizaje autónomo e independiente que promueva la formación integral de los jóvenes para asumir la sexualidad desde la interacción morfológica, fisiológica, ética y estética del desarrollo.

La estructura de la propuesta tiene su diseño aproximado al diagrama de Ven donde los medios temáticos se intersectan, se entrelazan porque en una interacción no se puede separar uno de otro al considerar que son aspectos integrales de una categoría general: La sexualidad. En las intersecciones de los óvalos se encuentra figuras en flechas que señalan sus categorías que se abordan desde los núcleos temáticos.

Al centro se encuentra una silueta que representa la unidad de pareja como identidad del desarrollo humano y frente a ellos las estrategias que apuntan a la metodología de la propuesta.

Para el desarrollo de esta propuesta se necesita escenarios lúdicos que propicien el diálogo, la concertación, la vivencia y la experiencia para que reconozcan su situación y como esta los afecta en lo personal y social. Es decir, un ambiente para la sensibilización, la reflexión y el debate, que lleva a los actores principales a comprometerse en una actitud de cambio y de crecimiento personal.

Las estrategias propuestas no están sujetos a una secuencia específica, de tal manera que se pueden desarrollar de acuerdo con la necesidad particular del grupo.

La evaluación será un proceso permanente dado su carácter participativo y vivencial como dinámico que permitirá la realimentación.

Los recursos se determinarían según criterios de desarrollo de la propuesta y el talento humano acorde al perfil de los núcleos temáticos.

PLAN DE ACCION

La propuesta pedagógica se desarrolla en un tiempo de 48 horas, equivalente a un crédito en jornadas de cuatro horas diarias o las que organice Bienestar Universitario según necesidades.

Esta propuesta incluye las siguientes fases:

- ? *Aproximación y Sensibilización.* Presentación de la propuesta a Bienestar Universitario como dependencia universitaria comprometida también con la formación integral del estudiante; se hará a través de un conversatorio con las personas involucradas en la propuesta, como son: Coordinadores de Salud, ENLACE SUR “Proyecto salud sexual y reproductiva de jóvenes para jóvenes” y representante de los estudiantes y otras instancias académicas de la Universidad.
- ? Los autores con base en la información de los diferentes estamentos involucrados y detectando la necesidad de una propuesta pedagógica en planificación familiar para estudiantes de Pre-grado; se sistematizó los hallazgos y se identificó el enfoque de la propuesta pedagógica.
- ? *Proceso de Ejecución.* Después de haber estructurado la propuesta pedagógica se realizará actividades de aplicación y formación con cada estudiante de Pregrado, el cual se cumplirá de acuerdo al plan de desarrollo académico que tenga bienestar universitario.
- ? *Proceso Evaluativo.* La evaluación debe estar presente en forma sistemática en el desarrollo de todo tipo de actividades, para lo cual es pertinente la formación cualitativa formativa, donde se incluye momentos de autoevaluación y coevaluación. Así mismo, es flexible teniendo en cuenta las características de la propuesta. La evaluación se realiza a lo largo de todo el proceso y sirve para que los estudiantes y el docente reevalúen lo aprendido y que dificultades se han encontrado; que propuestas se han dado; cuáles se han solucionado y cuáles quedan pendientes, además la evaluación es el pilar para mejorar los procesos.

REFERENTE CONTEXTUAL

ADOLESCENCIA

Período, donde los jóvenes experimentan importantes modificaciones tanto físicas como biológicas y psíquicas, necesarias para llegar a la edad adulta. Cambios físicos consistentes en la adquisición de formas y funciones propias de los adultos y de su sexo, desde el punto de vista psíquico se ven los adolescentes envueltos en una serie de circunstancias típicas de este período que de no ser resuelto correctamente pueden dar lugar a desarrollo de conflictos y desajustes de su personalidad.

Ellos están siempre en búsqueda de su identidad, necesitando desarrollar sus propios valores y así asegurarse de que no están simplemente repitiendo sin pensar las ideas de sus padres, debe descubrir lo que puede hacer y sentirse orgullosa de sus propios logros.

De el tipo de relación afectiva que haya tenido con sus padres durante la infancia y la adolescencia, incidirán enormemente en las relaciones fuera de la familia. El cariño recibido ayudará a tener confianza en si mismos y afrontar con seguridad un problema.

Los adolescentes se lanzan a la conquista de su independencia afirmando su personalidad mediante dos actitudes esenciales. La identificación y la oposición. La oposición se dirige al medio familiar, ya que para probar su independencia adopta sistemáticamente las opiniones contrarias a las de sus padres, se niegan a dejarse guiar en la elección de amigos, de lecturas, de diversiones o de sus opiniones políticas; rechaza los paseos con sus padres, quiere vivir su propia vida y dejar de lado la experiencia de los demás.

Muchos adolescentes sienten la necesidad durante algún tiempo de agruparse en pandillas o a diversos tipos de asociaciones donde encuentran la ventaja de realizar aspiraciones comunes, aprenden nuevas actitudes, un nuevo lenguaje, un modo de pensar y de sentir, una afición a la acción deportiva o de otro tipo, intenta parecerse al jefe de su grupo. Pues es quien mejor encarna todas sus aspiraciones. Un poco más tarde aparecen los confidentes y los amigos íntimos, pensamientos, deseos, dudas, emociones y aprensiones.

Adquieren una gran desenvoltura con el sexo opuesto, sus éxitos escolares, sus hazañas deportivas y algunas virtudes del otro, también se proponen otros modelos a la admiración e imitación; como la estrellas de música, cine y televisión.

También poseen independencia en el aspecto intelectual, piensan por si mismos, elaboran su propia filosofía y someten a su juicio crítico todos los grandes problemas que afectan al mundo. Pero la mayoría no han alcanzado aún la independencia económica de sus padres, ni la autonomía personal, propia del adulto que le permite desvincularse del ámbito familiar.

En cuanto al enamoramiento puede resolverse de dos formas. De no ser correspondidos serán llevados a la frustración, pero quienes sean objeto de su mismo sentimiento, pueden suponer más o menos una relación duradera³⁶.

En Colombia puede afirmarse que la pubertad (cambios fisiológicos) y la adolescencia (características sico-sociales) comprenden desde los 13 años, edad mediana de la menarquía (primera menstruación) y la torarquía (primera eyaculación) y los 18 años, edad en que el estado reconoce legalmente el comienzo de la vida adulta.

Para muchos jóvenes de ambos sexos la adolescencia constituye también el período de iniciación en el coito vaginal. De manera sistemática en estudios realizados, en diferentes países se encuentra que la razón principal de esta primera relación sexual es para los hombres el deseo y para las mujeres el amor.

SEXUALIDAD

Debemos reconocer que las actividades sexuales en general (y no sólo el coito) hacen parte integral de las experiencias del adolescente y de su preparación para la vida adulta normal. Igualmente debemos aceptar que la iniciación sexual de los adolescentes no depende de las restricciones impuestas por los adultos, sino de un proceso de auto definición de los jóvenes y que por esta razón, la educación sexual no conduce como muchos consideran, a una iniciación sexual prematura ni al aumento de la frecuencia de la actividad erótica.

De la misma manera tampoco garantiza que los jóvenes se abstengan de tener relaciones sexuales.

Es importante establecer la diferencia entre sexualidad y sexo, antes de analizar los componentes de la sexualidad humana. El sexo como tal, es del orden biológico, reproductivo y diferencial, a través del cual se conserva la especie y/o se define el macho de la hembra. En cambio, la sexualidad reúne todos los aspectos relacionados con la expresión social. La comunicación, la satisfacción y los sentimientos: no posee diferencias trascendentales entre los dos géneros.

Sexualidad es sólo una. La humana. La expresión de ella se inicia desde el mismo momento del nacer y acompaña al individuo por siempre. Es a través de la

³⁶ ARCINIEGAS, Yolanda. Psicología del Desarrollo. p.249-290

vivencia sexual que se aprende a socializar y se fortalecen las relaciones sociales, se descubren las emociones y los sentimientos más profundos, para algunos se formalizan los vínculos (pareja, matrimonio), se disfruta de los placeres de la vida y se descubre el eros.

En la diversidad de formas en que se expresa la sexualidad, se reúnen los componentes de ella.

El amor, descripción de un sentimiento que quizás no existe como tal, no es tangible. Hace parte de lo fantástico de la imaginación del ser humano, pero se puede detectar en cada acto humano en el que hay expresión de la inteligencia, del sentido común. Va de la mano con la vida, la protege y la fomenta.

Es la causa de cientos y miles de temas, todos expresión del hombre por la vida.

El comportamiento humano lo manifiesta en diferentes formas: filial, paternal, conyugal, social, laboral, etc., pero es solo uno, como sentimiento y expresión vital.

EROS, es quizás el componente más atrayente de la vivencia sexual y es por medio de el que se inicia la “búsqueda” sexual, expresado sólo en los humanos, pero muy condicionado por elementos que hacen parte de las estructuras biológicas heredadas de la evolución, sobrepasa su finalidad reproductiva animal y adquiere la propiedad de encontrar el placer. Por medio del erotismo, se enriquece y se activa el deseo sexual; el deseo es el impulso de la exploración de más erotismo y en consecuencia del encuentro con el placer, formando un círculo de retroalimentación positiva. El erotismo no tiene género, aunque la cultura le haya dado matices de pertenencia comercial, a través de la cual se ha degradado la sexualidad humana.

LA COMUNICACIÓN

Es el componente más “social” de la sexualidad. Permite que los géneros se identifiquen, establezcan vínculos de diversa índole, en el marco de la cultura y sin necesidad del componente erótico, pero si del afectivo.

El respeto y la valoración, son componentes del amor y de los valores de la comunicación y la socialización; el humor y la tolerancia, están respaldados por el amor y el erotismo; el juego y la creatividad, son propiedades del descubrir intelectual, del sentido común, tienen pertenencia en los tres componentes.

Desde el punto de vista práctico, la sexualidad de los adolescentes comparten las mismas características de la sexualidad del adulto, pues existen las condiciones para ejercer tanto la función reproductora como la función erótica. En particular, la búsqueda consciente del placer sexual es una posibilidad real para los jóvenes, a

diferencia de la sexualidad infantil, la cual, por factores de maduración y desarrollo, no está motivada por el deseo y se orienta más bien por la curiosidad, el juego y la exploración.

Los altos niveles de hormonas circulantes, especialmente de testosterona, que se presentan con la pubertad, constituyen el determinante biológico de la intensidad y frecuencia con que se presenta el deseo sexual en los jóvenes.

La masturbación, universal en los hombres y practicada por un porcentaje importante, pero mucho menor de las mujeres, refleja muy bien las diferencias genéricas que se observan en cuanto al deseo sexual y la urgencia de su satisfacción³⁷.

AUTOESTIMA

Afirmarse como hombres y mujeres, y quererse a sí mismo, hace parte de lo que somos como seres sexuales; mediante el desarrollo psicosexual y de programas sistemáticos y estructurados que enseñen a los adolescentes a quererse, hacerse cargo de sí mismos y ejercer control sobre su vida sexual de tal forma que puedan vivir responsable y constructivamente su sexualidad.

Una pobre autoestima, el déficit en autoafirmación, en habilidades sociales y asertividad, han sido identificados como antecedentes que predisponen el desarrollo de problemas en la vida sexual y afectiva. Se parte del presupuesto que la afirmación personal requiere de dos condiciones: una adecuada autoestima y el desarrollo de habilidades sociales que permitan a los adolescentes afirmarse a sí mismo.

Los adolescentes no sólo solicitan información, sino que también, necesitan se les enseñe como valorarse a sí mismos, cómo comunicarse asertivamente, expresar sentimientos, tomar decisiones adecuadas, como negarse a peticiones de actividades sexuales que aún no desean, cómo manejar la presión social, resolver problemas, etc.

Se propone enseñar la sexualidad como algo hermoso y maravilloso en nuestras vidas que merece ser vivido de manera responsable y constructiva. El sexo puede ser fuente de crecimiento o malestar, dependiendo de la forma como aprendamos a vivirlo.

Educar sexualmente es mucho más que brindar información reproductiva y biológica acerca de los sexos, las actividades genitales y sus funciones reproductivas. Nuestra sexualidad se relaciona con lo que somos, con lo que sentimos y pensamos como hombres y mujeres.

³⁷ GONZALES ILLIDGE, Guillermo. Revista Latinoamericana de Sexología. Vol. 9. 1994 No. 1. p.53-54, 57, 60- 62.

La educación sexual tradicional no ha partido precisamente de esta definición de sexualidad, hemos sido testigos de una educación sexual que se ha reducido a brindar información, como si lo uno y lo otro fueran exactamente lo mismo.

En la propuesta de una nueva educación sexual, la afirmación personal y la autoestima hacen parte importante y fundamental de ésta; de hecho, quererse y afirmarse a sí mismo, hacen parte de lo que somos como seres sexuales.

Es imposible disfrutar de una sexualidad gratificante, responsable, constructiva, autónoma y libre, sino adquirimos desde la niñez las habilidades sociales necesarias para afirmarnos a nosotros mismo y si no estructuramos desde temprana edad una sólida y fuerte autoestima. Para ello es necesario enseñar a los adolescentes que la sexualidad puede ser fuente de crecimiento, bienestar, realización y superación o por el contrario fuente de malestar, insatisfacción, frustración y problemas, y que esto depende de la forma como se viva la sexualidad.

Resaltando la necesidad de asumir un control activo sobre nuestro destino sexual y afectivo, nada de lo que nos ocurra en nuestra vida sexual será cosa del destino, la suerte o el azar.

Es necesario incentivar la idea de que cada quien pueda asumir control sobre las consecuencias negativas de su conducta sexual, tener relaciones sexuales puede ser una experiencia maravillosa, gratificante y enriquecedora y como cualquier otra actividad humana presenta riesgos naturales.

Es necesario que los adolescentes discriminen los riesgos a los cuales se exponen al decidir una relación sexual, que sepan qué y cómo hacer para prevenirlos y evitar consecuencias negativas en su vida sexual. Estos riesgos son: un embarazo, el malestar emocional y las enfermedades de transmisión sexual. Es fundamental que los adolescentes comprendan que el sexo no es sólo placer, sino también responsabilidad evitando los riesgos adquiriendo habilidades y competencias necesarias para reducirlos al mínimo.

Para desarrollar y estimular la autoafirmación y la autoestima no es suficiente con brindar información, es importante generar una experiencia educativa capaz de reestructurar actitudes y creencias negativas y de modificar el comportamiento de los adolescentes. No bastará que ellos comprendan la importancia que tiene la asertividad, la autoafirmación y la autoestima, lo fundamental será que los jóvenes se sientan importantes, competentes para afirmarse y que actúen como tales.³⁸

³⁸ GONZALES ILLIDGE, Guillermo. Revista Latinamericana de Sexología. Vol. 9. Medellín. 1994. p.67-72.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Es el derecho de todo hombre y de toda mujer a decidir libremente cuando y cuántos hijos tener.

El embarazo no planeado no es un problema exclusivo de la población adolescente, más de la mitad de las mujeres embarazadas (52%) reporta no haber deseado el embarazo en ese momento.

Las diferencias más significativas entre la tasa de fecundidad observada y la deseada se presentan en las zonas rurales, en las regiones oriental y pacífica, entre las mujeres con menores niveles de escolaridad y entre las mujeres desplazadas, estas cifras sugieren problemas en el acceso, la utilización, apropiación y continuidad de los métodos de planificación familiar, y significan un costo elevado en términos de salud y calidad de vida, en la medida en que los embarazos no planeados pueden convertirse en embarazos de riesgo o favorecer prácticas de riesgo, especialmente el aborto inseguro.

Aún persisten mitos y creencias sobre la fecundidad y la reproducción que carecen de base científica y que pueden poner en riesgo la salud, o que inducen a la toma de decisiones sobre la base de premisas equivocadas. Es necesario, por lo tanto, diseñar mecanismos para divulgar información confiable sobre las características, ventajas y desventajas de los distintos métodos y posicionar las decisiones sobre la reproducción como parte del proyecto de vida de cada persona.

También es importante estimular la responsabilidad y participación de los hombres en el control de la fecundidad, así como favorecer condiciones para la toma de decisiones, individuales y de pareja, libres e informadas frente a la reproducción, diseñar mecanismos para superar los prejuicios culturales frente a la prescripción de anticonceptivos y promover la orientación y la información sobre la doble protección.³⁹

La planificación programática debe por lo tanto tener un doble componente: el educativo con el fin de llevar a todo nivel, en forma oportuna, la mejor información para que cada quién esté en capacidad de tomar una determinación basada en sus preferencias, necesidades y posibilidades, y el servicio para que toda persona tenga a su alcance los elementos de anticoncepción que con la mayor facilidad le brinden una buena eficacia anticonceptiva a menor costo.

El marco jurídico de la planificación familiar en Colombia esta basado en la Ley 23 de 1981, que dicta normas sobre ética médica, la Carta Política de 1991. La Ley 100 de Seguridad Social de 1993 y la Resolución No. 03997 expedida por el Ministerio de Salud en 1996.

³⁹ Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Febrero 2003. p.11

De la Ley 100 de Seguridad Social hay que destacar:

Artículo 165, inciso 2. “La prestación del plan de atención básica será gratuita y obligatoria. La financiación estará garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales”.

Artículo 4 del Decreto 1891 de 1994: Se definen las acciones de Salud Pública y los servicios básicos que forman parte de la promoción de la salud y constituyen el objeto del plan de atención dentro del cual se incluye la planificación familiar como servicio individual con altas alternativas y efectos colaterales sobre el conjunto de la población.

A su vez el Decreto 1895 de 1994 en el Capítulo III del Plan de Beneficios, artículo II, incluye la planificación familiar en el plan obligatorio de salud en todos los niveles de atención institucional y comunitaria, cuyas características fundamentales son la cobertura familiar, la atención integral y la prestación de servicios.⁴⁰

La planificación familiar y sexual, en la década de los setenta, se dió un nuevo matiz a la sexualidad, rescatando su sentido placentero, gratificante y dignificador, pues se abandona con desaire su carácter netamente reproductivo.

Es así como los métodos anticonceptivos permiten el ejercicio de una sexualidad más libre y tranquila, aminorándose los temores y fantasmas que están implícitos en el momento de asumir un encuentro sexo-amoroso, fantasmas que inhiben el disfrute sano y placentero.

La planificación es considerada todavía como una práctica que concierne a la mujer y continúa perteneciendo al ámbito de lo reservado y lo íntimo; pues su franco reconocimiento presume una vida sexual abierta, lo que pone una evidencia una sexualidad activa que socialmente ha sido negada y solo reconocida y posible para el género masculino.

El ejercicio de la sexualidad en la etapa adolescente está atravesando por algunos riesgos: las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos tempranos y no deseados, toda vez que no están preparados para asumir estas responsabilidades, cuando se enfrentan a un embarazo no deseado, les corresponde asumir algunas situaciones, todas ellas revestidas de grandes riesgos tanto físicos como psicosociales, pues si decide asumirlo los puede llevar a una interrupción parcial o total de sus proyectos y torpedear su vida como adolescente, y el no vivirlo los conduce a afrontar los grandes riesgos que presupone un aborto y para los jóvenes el embarazo a temprana edad les significa

⁴⁰ S. BEREK, Jonathan, A. HILLORD, Paulo, ELI y ADOSHI. Ginecología de Novak 12a Edición. McGraw – Hill Interamericano. Mexico, 1996. p.471

asumir la paternidad en un momento en el que no están preparados para ello⁴¹.

METODOS ANTICONCEPTIVOS

Los anticonceptivos son sustancias, objetos o procedimientos utilizados por la mujer y/o hombre para evitar que se presenta un embarazo.

Los métodos anticonceptivos ayudan a las parejas a tener el número de hijos que desean, en el momento en el que están más preparados para ello. No existe un método anticonceptivo que sea mejor que otro, cada pareja debe escoger, con la ayuda del consejero, el método que más le conviene de acuerdo a: su salud, edad, número de hijos o necesidades particulares.

? **METODOS TEMPORALES.** Son aquellos que se pueden usar para evitar el embarazo durante un tiempo específico, cuando se suspenden se retorna a la fertilidad.

? **METODOS DEFINITIVOS O QUIRURGICOS.** Son los que pueden utilizar las parejas que decidieron no tener más hijos. Para la mujer Esterilización quirúrgica o Ligadura de Trompas. Para el hombre Vasectomía.

? **MECANISMOS DE ACCION**

? **Amenorrea de la Lactancia.** La ovulación queda suprimida durante la lactancia. La succión del lactante sobre los pezones y las areolas de las mamas eleva la concentración de prolactina y reduce la descarga liberadora de gonadotropina (GnRH) desde el hipotálamo, con lo que disminuye la descarga de la hormona luteinizante (L.H.).

Y como consecuencia se inhibe la maduración folicular. La duración de esta supresión es variable y se ve influida por lo frecuencia y duración del amamantamiento, el tiempo transcurrido desde el último parto y probablemente el estado nutricional de la madre. Incluso con el amamantamiento la ovulación reaparece, pero es poco probable antes de los seis primeros meses.

? **Los Métodos de Barrera.** Su función es impedir el paso de los espermatozoides al Útero.

? **Espermicidas Vaginales.** Son una combinación de productos espermicidas químicos, ya sea monoxinol – au – actaxinol, con una base de crema jalea, espuma de aerosol, comprimidos espumantes película o supositorio, los cuales son detergentes noionicos con actividad superficial que inmoviliza a los espermatozoides.

⁴¹ ALLER Juan y PAGES Gustavo. Métodos Anticonceptos de Mc Graw Hill. Intramerica. 2da. Edición. Caracas, 1984.

- ? **Dispositivos Intrauterinos.** Producen formación de una “Espuma biológica” dentro de la cavidad uterina que contiene bandas de fibrina, células fagocíticas y enzimas proteolíticas.

Los DIU de cobre descargan continuamente una pequeña cantidad de metal con lo que se produce una reacción inflamatoria de mayor magnitud aún, todos los DIU estimulan la formación de prostaglandinas dentro del útero, lo que es compatible tanto con la contracción del músculo liso como con la inflamación producida. Los estudios de microscopía electrónica de barrido en el endometrio de mujeres que emplean DIU ponen de manifiesto alteraciones de la morfología superficial de las células, en especial de las micro vellosidades de las células ciliadas. Se produce alteraciones de primera importancia en la composición de las proteínas dentro de la cavidad uterina y se encuentran nuevas proteínas e inhibidores de la proteinasa en los lavados de útero. El ambiente intrauterino alterado interfiere con el paso de los espermatozoides a través de la cavidad de éste órgano, con lo que se impide la fecundación del ovulo.

- ? **Anticonceptivos Hormonales.** Los anticonceptivos hormonales son hormonas sexuales femeninas, estrógenos sintéticos y un progestageno sintético, o solo un progéstageno. Se pueden administrar en forma de anticonceptivos orales, implantes y productos inyectables.
- ? **Anticonceptivos Hormonales Orales.** Se absorben con rapidez en el intestino, pero pasan directamente hacia el hígado por la circulación portal, sitio en el que se metabolizan e inactivan también con rapidez. Por tanto se requieren grandes dosis de esteroides cuando se administran por vía oral.

Los combinados suprimen la concentración de FSH y LH basales. Los anticonceptivos orales disminuyen la capacidad de la hipófisis para sintetizar gonadotropinas cuando lo estimula la hormona hipotalámica.

Liberadora de gonadotropina (GnRH), los folículos ováricos no maduran, se produce poco estradiol, y no ocurre la descarga rápida de LH, de la mitad del ciclo. No sobreviene la ovulación, no se forma cuerpo luteo y no se produce progesterona. Este bloqueo de la ovulación se relaciona con la dosis y la no supresión de la misma, la ingesta de otros medicamentos interfiere en la acción.

- ? **Anticonceptivos Hormonales Inyectable.** El modo de acción depende según la dosis del compuesto a concentraciones bajas de progestageno en ocasiones ocurrirá la ovulación en el 40% de los ciclos, el 25% se caracteriza por función lutea inadecuada, el 18% por maduración folicular sin ovulación, y el 18% ocurre supresión completa del folículo a concentraciones sanguíneas moderadas del progestageno se observa concentraciones basales normales de FSH y LH, y puede ocurrir cierta maduración del folículo. Hay producción de estradiol y sobreviene la descarga del mismo que desencadenaría, a su vez, en

condiciones normales, la descarga hipofisiaria de hormona luteotrópica; no ocurre descarga correspondiente de LH, sin embargo, y por tanto no sobreviene la ovulación a concentraciones sanguíneas más elevadas de Progéstágeno se reduce lo FSH basal, la actividad folícular es menor, lo es también la producción de estradiol y no sobreviene descarga de hormona luteotópica.

- ? **Implantes Hormonales.** Con el implante subdermico que descarga levonorgestrel (Norplant) se produce cierta maduración folicular y cierta producción de estrógenos, pero las concentraciones máximas de LH son bajas y ha menudo se inhibe la ovulación. Se cree que durante el primer año de empleo ocurre la ovulación en cerca del 20% de los ciclos. La proporción de ciclos ovulatorios aumenta con el paso del tiempo, probablemente como resultado de la disminución de la descarga de hormona. Hacia el cuarto año del empleo 41% de los ciclos son ovulatorios. Los mecanismos de anticoncepción con progestagenos a dosis bajas parecen incluir efectos sobre el moco cervical, el endometrio y la motilidad tubarica.
- ? El moco cervical es escaso y seco en las mujeres que emplean estos preparados inhibe la migración de los espermatozoides hacia las vías superiores de la reproducción. Los progestagenos disminuyen las concentraciones nucleares de receptores de estrógenos, lo hacen también con los receptores de progesterona e inducen actividad de la enzima deshidrogenasa de los 17 hidroxisteroides que metaboliza el estradiol.
- ? La descarga sostenida ofrecida por los implantes anticonceptivos permite una anticoncepción muy eficaz⁴².

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

La maternidad de los adolescentes representa un problema social complejo en países en vías de desarrollo. Para la mayoría de las mujeres adultas el nacimiento de un hijo es una ocasión de alegría. Pero para una adolescente puede significar el fin de su educación académica, la ruptura familiar, trastornos psicológicos y problemas de salud para ella y para el hijo.

La maternidad en adolescentes no es un fenómeno reciente muchas madres de las adolescentes actuales tuvieron su primer hijo a esa edad. El embarazo de las adolescentes en general provoca una reacción de desaprobación por parte de sus padres y su contexto.

Teniendo en cuenta que la sexualidad esta presente a lo largo de la vida de todos los seres humanos, su desarrollo armónico es fundamental para la formación

⁴² S. BEREK, Jonathan, HILLORD Paulo A. ELI y ADOSHI. Ginecología de Novak 12a Edición. McGraw – Hill Interamericano. Mexico, 1996. p.250

integral de la persona. Su finalidad son las relaciones interpersonales, ya que contempla dimensiones comunicativas, afectivas, de placer, de reproducción.

Todo proyecto de educación sexual ha de hacer referencia necesariamente a la persona en su totalidad y no limitarse, solamente a los aspectos de la sexualidad, la maduración y la integración de la sexualidad del adolescente en el conjunto de su personalidad, no solo desde la forma conceptual sino sobre todo, vivencialmente. Exige que se le oriente y conduzca hacia un fin. La madurez sexual es la madurez de todo proyecto de educación, se va conquistando de forma progresiva y esta marcado por las sucesivas etapas evolutivas que tienen su propio nivel de madurez.

Es un proceso lento, pero continuado; procura al adolescente y al joven, una base sólida y firme para sostener la confianza personal, el equilibrio emocional, la claridad de sus propias opciones e intenciones, las relaciones interpersonales adecuadas en todos los ámbitos de su vida cotidiana, una cosa es estimular el miedo al embarazo para controlar las actividades sexuales de los adolescentes y otra será estimular y favorecer el desarrollo de actitudes y comportamientos de paternidad responsable.

“La meta de la educación sexual no es suprimir o controlar la expresión sexual como lo era en el pasado, sino mostrar las inmensas posibilidades de realización humana que la sexualidad ofrece”.

Enseñar a los adolescentes a hacerse cargo de sí mismos y estimular el desarrollo de una autoestima positiva que es más realista. Este aprendizaje puede facilitarse a través de un entrenamiento sistemático diseñado con este objetivo.

Afirmarse a sí mismo requiere de dos condiciones:

- ? Desarrollo una adecuada autoestima.
- ? Desarrollar las habilidades sociales (incluyendo la asertividad) que permitan ser socialmente competentes.

Es poco probable que una persona con una pobre autoestima se afirme a sí mismo, quererle a sí mismo es condición necesaria para desarrollar un sentido de afirmación personal. Pero además de esto es necesario que la persona tenga en su repertorio las habilidades que le permitan afirmarse a sí mismo.

La autoestima, tiene que ver con lo que las personas pensamos acerca de nosotros mismos (Autoconcepto), tiene que ver con la confianza que tenemos en nuestras capacidades (autoconfianza o autoeficacia), tiene relación con la actitud que tenemos hacia nuestro propio cuerpo (autoimagen) y con el valor y aprecio que nos tenemos a nosotros mismos (autoestima).⁴³

⁴³ GONZALES ILLIDGE, Guillermo. Rev. Latinoamericana de Sexología, Vol. 9 . Medellín Colombia. 1994

ABORTO

Las prácticas de aborto son tan antiguas como la humanidad, desde la antigüedad muchas mujeres que se han enfrentado a un embarazo no deseado han recurrido al aborto y hoy en día aunque se tiende a evitarlo por las consideraciones sobre la vida del feto, se realiza en el mundo entre 50 y 60 millones de abortos cada año, la mayoría de ellos ilegales, clandestinos e inseguros.

Cuando apareció la píldora abortiva francesa (RU-486), se pensó que las clínicas abortivas iban a acabar desapareciendo. Sin embargo, los problemas sociales y políticos impidieron que el método se extendiese por todo el mundo y hoy en día después de 16 años se legaliza este método en Inglaterra, Suecia, Francia y China.

El misoprostol es un análogo sintético de las prostaglandinas (pge) que causan las contracciones uterinas, y es de fácil acceso por estar comercializando en 72 países para prevenir y tratar la Úlcera Gástrica.

Defender la vida ha sido siempre una tarea ardua y difícil en un continente como el Latinoamericana, donde las injusticias, las desigualdades económicas, la violencia y la opresión son amenazas constantes contra la vida de millones de hombres, pero desde hace algunos años, el afán de lucro han dado forma a una nueva amenaza contra la vida humana, esta vez dirigida contra los latinoamericanos más inermes "los no nacidos".⁴⁴

En el artículo primero de la Constitución Colombiana de 1991, establece que el derecho a la vida es inviolable, no habrá pena de muerte.

La legislación actual sobre el aborto presenta el código penal vigente que data en 1980 y considera como delito toda falta de aborto provocado, entre los delitos contra la vida y la integridad personal.

En el artículo 343 del Código Penal Colombiano normatiza que toda mujer que causare su aborto o que permitiere que otro se lo cause, incurrirá en prisión de uno a tres años, a la misma sanción estará sujeta a quien con el consentimiento de mujeres realicen un hecho previsto en el inciso anterior.

El aborto, es la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de que el feto haya alcanzado un grado suficiente de desarrollo como para poder sobrevivir fuera del útero.

El aborto se clasifica en: aborto espontáneo - aborto electivo - aborto fallido - aborto habitual - aborto séptico - aborto provocado⁴⁵.

⁴⁴ BLAZQUES, Niceto. Vida Humana Internacional. La Guerra Contra la Vida en América Latina. Perú, 1978

⁴⁵ S. BEREK, Jonathan, A. HILLORD, Paulo, ELI y ADOSHI. Ginecología de Novak 12a Edición. McGraw – Hill Interamericano. Mexico, 1996. p.850

PLAN OPERATIVO

LA EDUCACION SEXUAL Y LA PLANIFICACION FAMILIAR UN COMPROMISO DE TODOS

Núcleo Temático	Objetivo	Metodología	Recursos	Intensidad Horaria	Criterios de Evaluación
Adolescencia	Describir conceptos históricos y fisiológicos del desarrollo de este período.	Seminario-taller	Proyector de opacos vídeos	4 horas	Análisis conceptual
Sexualidad	reflexionar sobre aspectos relacionados con la sexualidad y las diferencias entre sexualidad y genitalidad.	Exposición didáctica y taller	Vídeo Been vídeo	4 horas	Construcción textual: ensayo
Comunicación	Reconocer formas de comunicación existentes entre la pareja.	Taller, disco – foro.	Talento humano grabadora lápiz – papel – CD	4 horas	Participación apropiación de la información
Autoestima	Reconocer el autodesarrollo y autoestima.	Sociograma , mesa redonda.	Talento humano	8 horas	Participación apropiación de la información, socialización experiencia.
Planificación Familiar	Desarrollar fundamentos de planificación familiar	Foro	Proyector opacos fotocopias	4 horas	Participación compromiso

Núcleo Temático	Objetivo	Metodología	Recursos	Intensidad Horaria	Criterios de Evaluación
Métodos Anticonceptivos	Reconocer los diferentes métodos anticonceptivos, acción, efectos y contraindicaciones	Exposición didáctica taller	Vídeo Been tipos de anticonceptivos.	12 horas	Participación apropiación de la información.
Embarazo en Adolescentes	Reflexionar conceptualmente frente a un embarazo en adolescentes y sus riesgos	Seminario, debate	Vídeo proyector de acetatos talento humano papel, lápiz	4 horas	Participación compromiso
Aborto	Conceptualizar aspectos físico patológicos, riesgos y complicaciones de un aborto.	Vídeo, debate	Talento humano, vídeo	4 horas	Evaluación socialización

CONCLUSIONES

- ? El conocimiento que tienen los estudiantes, sobre métodos de anticoncepción es aceptable debido a la información obtenida de instituciones educativas, de salud y medios de comunicación.
- ? La mayoría de estudiantes reconocen los diferentes métodos, en una forma superficial, identificando en su orden, el condón, las píldoras y el método del ritmo.
- ? El acceso a los métodos anticonceptivos está limitado por su alto costo, el miedo, la pena y el no saber como pedirlos u obtenerlos.
- ? El embarazo no planeado se debe principalmente: al no uso de métodos anticonceptivos, falta de comunicación entre la pareja y el uso incorrecto de los métodos anticonceptivos.
- ? La mayor consecuencia negativa del embarazo en las adolescentes es el aborto, seguido por la postergación y abandono de estudios, tener un hijo no deseado y asumir responsabilidades a temprana edad.
- ? Los estudiantes, están de acuerdo con la utilización de métodos anticonceptivos, porque en su propia capacidad de análisis prevén las graves consecuencias de una sexualidad sin control.
- ? La mayoría de los estudiantes, están de acuerdo con que la Universidad debería ofrecer una propuesta pedagógica de consejería y planificación familiar.
- ? El mayor porcentaje de estudiantes, manifiestan que la información recibida de la Universidad y de la unidad médica sobre planificación familiar es deficiente.

RECOMENDACIONES

- ? Se recomienda a la Universidad de Nariño se implemente la propuesta pedagógica que permita procesos de cualificación en planificación familiar y educación sexual.
 - ? Promover procesos de evaluación permanente que demuestren resultados de la propuesta.
- Que Bienestar Universitario fomente una cultura de educación sexual y planificación familiar en proyección a toda la comunidad universitaria.

BIBLIOGRAFIA

ARCINIEGAS, Yolanda. Psicología del Desarrollo. Colombia, 1990. p. 350

ACCIONES DE PROMOCION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTORA PARA ADOLESCENTES MUNICIPIO DE PASTO. Pasto, Junio – Diciembre, 2002.

ALLER, Juan y PAGES, Gustavo. Métodos Anticonceptivos de Mc Graw Hill. Intramérica, 2da. Edición. Caracas, 1984.

BLAZQUES, Niceto. Vida Humana Internacional. La Guerra Contra la Vida en América Latina. Perú, 1978. p.35

BOOKWILLER, Bowem. Obstetricia. Editorial Interamericana S.A. 1993. p. 323

BULA, German Alberto. Revista 1988-2002. Proyecto Nacional de Educación Sexual para la vida y el amor. Ministerio de Educación Nacional. Colombia, 1988. p.50

BURGOS, Jairo Alfonso, JURADO, Alvaro y VALLEJO, Yolima. Orientación Educativa y Desarrollo Humano. Aproximaciones a la sexualidad de los adolescentes en la ciudad de Pasto. Universidad de Nariño. Pasto, 1996. p.150.

CERON, Betty y colaboradores. Tesis: Factores Socioculturales que influyen en la Utilización de Métodos de Planificación Familiar. Universidad de Nariño. Pasto. 2000. p.115

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, art. 16. Colombia, 1991.

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR. Santa Fé de Bogotá, 1995.

FLOREZ OCHOA, Rafael. Hacia una Pedagogía del Conocimiento. McGraw Hill. Santafe de Bogotá 1997. p. 280

GISPERT, Carlos. Consultor de Psicología Infantil y Juvenil. España Oseano. 1990. p.110

GOMEZ, Rubiela y LOPEZ, María Nilsa. Libros de Estadística, Hospital San Pedro y Tesis sobre causas Socio Demográficas, Económicas, Culturales y Religiosas que Influyen en el Aborto Provocado en Adolescentes de la Zona Urbana del Municipio de Pasto, Atendidas en el Hospital San Pedro. Universidad Mariana,

Pasto, 2000.

GONZALES ILLIDGE, Guillermo. Revista Latinoamericana de Sexología. Vol. 8. No. 1. Medellín – Colombia. 1993. p.250

GONZALES ILLIDGE, Guillermo. Revista Latinoamericana de Sexología, Vol. 9. Medellín - Colombia. 1994. p.200

GUERRERO, Mary Cruz. Tesis: Diseño de un Programa de Educación Sexual para Padres de Familia y Educadores. Universidad Nariño. Pasto. 2000. p.200

GUIA DE ADMISIONES. Universidad de Nariño. Pasto, 2003. p. 20

LONDOÑO E. María Ladi. Ética de la Ilegalidad. ISEDER Cali – Colombia. Marzo 1994. p.120

MADRES SOLTERAS. Artículo de El Espectador. Publicado 1998.

ORTEGA, Nohora. Tesis: Influencia de las Creencias Sexuales de Padres de Familia y Educadores. Universidad de Nariño. Pasto. 1997. p.145

POLITICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Febrero 2003. p.110

PROFAMILIA. Planificación y Desarrollo. Diciembre, 1995. V.13 No. 26 Internet.

REVISTA LOS ADOLESCENTES, Región Pacífica. Medellín, 2002

S. BEREK, Jhonatan. A. HILLORD, Paulo A. ELI y ADOSHI. Ginecología de Novak 12a Edición. McGraw Hill. Interamericano. Mexico, 1996. p.1957

SUBIRIA, Miguel y Otros. Metodologías Alternativas de Aprendizaje Significatorio. Magisterio. Bogotá, 2000.

TIRADO, Alvaro. Nueva Historia de Colombia. Planeta Tomo V. 1989. Pág. 1870

ANEXOS

Anexo A.
Encuesta Aplicada a Estudiantes de I, II y III semestre.

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE EDUCACIÓN
ESPECIALIZACION EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

ENCUESTA APLICADA A ESTUDIANTES DE I, II y III SEMESTRE

INFORMACIÓN PERSONAL:

FECHA: _____

FACULTAD: _____

PROGRAMA: _____

SEMESTRE: _____

EDAD: _____ años GENERO: M _____ F _____
PROCEDENCIA: U _____ R _____
ESTADO CIVIL: S _____ C _____ UL _____ OTRO _____

? ¿Qué es planificación familiar?.

- 1.No tener hijos.
- 2.Tener pocos hijos
- 3.Decidir cuántos hijos tener y cuando.
- 4.Tener los hijos que se pueda mantener.
- 5.No sabe.

? ¿Qué métodos de planificación familiar conoce? (marque todos los que conoce).

- 1.Píldoras.
- 2.Condón o preservativo.
- 3.DIU (T de cobre).
- 4.Inyección.
- 5.Pomeroy
- 6.Vasectomía.
- 7.Norplant.
- 8.Óvulos, tabletas vaginales.
- 9.Ritmo (calendario).
- 10.Coito interrumpido.
- 11.Diafragma, jalea, espuma.
- 12.Otro... cuál? _____

? ¿Cuál es la principal dificultad para tener acceso a los métodos de planificación familiar?.

- 1.Le da pena.
- 2.No sabe como pedirlos.
- 3.Miedo al que dirán.
- 4.Falta de fórmula médica.
- 5.Alto costo.
- 6.Desconoce los métodos anticonceptivos.

? ¿Cuáles son las razones para que se presente un embarazo no planeado entre los adolescentes?. (marque todas las que considere).

- 1.Desinformación sobre sexualidad.
- 2.Falta de comunicación familiar.
- 3.Falta de comunicación de pareja.
- 4.Uso incorrecto de los métodos anticonceptivos.
- 5.Falta de decisión.
- 6.No usan métodos anticonceptivos.

? ¿Cuáles son las principales consecuencias negativas del embarazo en adolescentes?. (marque las que considere).

- 1.Postergación o abandono de estudios.
- 2.Rechazo familiar y social.
- 3.Matrimonio forzado.
- 4.Tener un hijo no deseado.
- 5.Aborto.
- 6.Inmadurez para la crianza de los hijos.
- 7.Problema de salud para la madre y el bebé.
- 8.Madre soltera o abandonada.
- 9.Asumir responsabilidades a temprana edad.
- 10.Parto con riesgo.
- 11.No tiene consecuencias negativas.

? ¿Esta de acuerdo con que los jóvenes utilicen métodos de planificación familiar?.

- 1.De acuerdo.
- 2.Desacuerdo.
- 3.Indiferente.

? La Universidad debería ofrecer una propuesta pedagógica de anticoncepción y consejería familiar.

- 1.De acuerdo.
- 2.Desacuerdo.
- 3.Indiferente.

? La propuesta pedagógica debería desarrollarse mediante.

- 1.Talleres.
- 2.Seminarios.
- 3.Conferencias.
- 4.Asignatura.
- 5.Información.
- 6.Durante el preuniversitario.
- 7.En el período de inducción.
- 8.Otro... cuál? _____

? La información que ha recibido de la unidad médica y de la Universidad acerca de planificación familiar ha sido.

- 1.Adecuado.
- 2.Aceptable.
- 3.Deficiente.
- 4.Desconoce.

Anexo B.
Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	PREGUNTA ORIENTADORA	INSTRUMENTO
Factor conocimiento.	Conjuntos de saberes, relacionados con la anticoncepción.	Concepto de planificación familiar. Mención de métodos anticonceptivos	? ¿Qué es planificación familiar? ? ¿Qué métodos de planificación familiar conoce?	Encuesta semiestructurada
Factor actitudinal	Valoraciones que la persona hace frente a las consecuencias del no uso de métodos anticonceptivos	Valoración del uso y acceso a los métodos anticonceptivos Valoración frente a razones para un embarazo no planeado. Valoración de consecuencias. Actitud frente al uso de métodos anticonceptivos actitud de contribución al desarrollo sociocultural del estudiante. Valoración sobre información.	? ¿Cuál es la principal dificultad para tener acceso a los métodos de planificación familiar? ? ¿Cuáles son las razones para que se presente un embarazo no planeado ? ¿Cuáles son las principales consecuencias negativas del embarazo en adolescentes. ? Esta de acuerdo con que los jóvenes utilicen métodos de planificación Familiar?	
			? La universidad debería ofrecer una propuesta pedagógica de anticoncepción? ? La propuesta pedagógica de planificación familiar debería desarrollarse mediante...	
Factor de práctica	Acciones de acceso al uso de anticonceptivos	Acción de acceso	? Ha recibido información de la unidad médica y de la Universidad de Nariño acerca de planificación familiar.	

Anexo C.
Consolidado Estadístico y Porcentual de la Encuesta Semestre I.

FACULTAD	No. ESTUD	%	A						B												C							D							
			1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6		
CIENCIAS PECUARIAS	4				4					4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	2	2	1				2	3			1	2	2	3	1	3
EDUCACION	3				2			1	3	3	3	3	2	2	1	2	3	3	2			2	2	2	1	1	2			2	1	3	2	2	2
CIENCIAS ECONO. Y ADM	3				3				3	3	3	3	3	2		3	3	2	1							3				2	2	2	2	3	3
INGENIERIA AGROINDUST	3				3				3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	2			2		1		2				1	1		2	2	3
CIENCIAS AGRICOLAS	3		1		2				3	3	2	3	2	2	1	2	3	2	2			1	1			2				1	2	1	2	1	2
DERECHO	4				4				4	4	4	2	4	2	1	4	4	3	3			1	1	1	1	2				2	2	1	1	2	3
TOTAL	20	17.86	1		18			1	20	20	19	18	18	15	6	17	20	17	12	2	7	4	4	4	13	2			9	10	9	12	11	16	

E											F			G			H							I				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
3	2	1	2	2	3	2	2	2			4			3		1	1	2	3	4	1	1	1		1	2		5
2	1	1	2	2	2		2	3	1		3			3			1			1	1	1	1		1	1		1
3	2	1	3	3	1	1	2	2	1		3			3			1	2	2	1	1					1		2
3	3	1	2	2	2	1	3	2	2		3			3			2	2	2	2	1				2	1		
3	3		3	3	1	1	2	1	1		2	1		2	1		2	1		1	2	1	1		3			
2	2	3	2	3	2	2		4																				
16	13	7	14	15	11	7	11	14	5		19	1		18	1	1	8	7	8	7	6	3	3		8	5	3	4

Anexo D.
Consolidado Estadístico y Porcentual de la Encuesta Semestre III

FACULTAD	No. ESTUD	%	A						B												C							D					
			1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6
ARTES	8		2	6				6	8	3	5	5	6	2	4	4	3	2			2		3	1		5	6	5	6	3	6		
CIENCIAS AGRICOLAS	8			6	1			7	7	4	5	4	2	1	3	4	3	1		3	3	1		1		3	3	4	4	4	7		
CIENCIAS ECON Y ADMINIS	8			8				7	8	4	6	6	5	3	5	6	5	1			2		1	3		5	4	4	7	3	7		
CIENCIAS HUMANAS	8			6	2			8	8	6	8	8	7	2	5	7	8	4					1	5		2		4	4	2	8		
CENTRO DE EST EN SALUD	7			7				6	7	5	4	4	4	4	5	6	5	1		3	1		4	4		2	3	2	2	4	5		
CIENCIAS NAT Y MAT	8			8				7	8		7	7	4	3	5	7	5	5		3	1		2	2		3	4	8	5	5	7		
DERECHO	7		1	5	1			7	7	6	7	7	5	1	6	6	5	3				1	2	2		2	3	4	6	3	5		
EDUCACION	7			7				7	7	7	5	6	5	2	5	6	5	5		2			2	3		2	3	5	5	6	6		
INGENIERIA	8			8				5	8	4	2	4	5	2	4	4	4	1			3	1	3	2		2	3	8	1	2	5		
CIENCIAS PECUARIAS	7			7				6	7	6	4	5	5	1	5	6	5	1		1	2	1		2		5	3	4	4	2	5		
TOTALES	76	67.86	3	68	4			66	75	45	53	56	48	21	47	56	48	24		12	14	3	12	26	6	31	32	48	44	34	61		

E											F			G			H							I				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
6	5	2	7	7	6	2	7	8	3		7	1		7	1		3	6	5	1	3	2	2	1	1	1	4	1
6	4	2	4	7	5		4	6	1		7			6	1		2	1	3	1	1	1	2	3		1	3	2
7	4	1	7	7	4	3	6	6	2		8			7		1	4	3	4	1	1	3	1		1	3	1	3
6	3	2	6	7	7	1	5	7	2		8			8			3	3	4	1	1	2			2	2	2	2
7	3	3	7	7			5	4	5		6		1	7			5	4	6	1	4	1	2		5	1		1
7	3	2	5	8	5	3	4	6	2		8	1		7	1		2	2	5		4	2		1	1	3	1	2
5	4	1	4	5	6		6	6	3		7			7			4	1	4		2		2		3	2	1	1
6	5	3	7	6	5	1	6	7	2		7			7			1	2	4		4	1	3		1	2	1	3
7	3	1	8	7	4	1	6	3	3		8			8			8	3	2	1	1			3		3	2	
5	4	3	5	7	4	4	5	5	5	1	6			1	7		2	3	4	1	1		2		1	3	2	1
62	38	20	60	68	46	15	54	58	28	1	72	2	2	71	3	1	34	28	41	7	22	12	14	8	15	21	17	16

Anexo F. Consolidado Estadístico y Porcentual de la Encuesta de Pregrado de los 3 semestres

Semestre	No. de Estudiant.	%	Preg. A		Preg. B		Preg. C		Preg. D		Preg. E		Preg. F		Preg. G		Preg. H		Preg. I	
			Resp No.	%																
I	20	17,86	3		1.2.9		5		6		1		1		1		1.3		2	
No. de est.			18	90	20	100	13	65	16	80	16	80	19	95	18	90	8	40	8	40
II	76	67.86	3		20		5		6		5		1		1		3		3	
No. de est.			70	92,10	75	98,68	25	32,89	62	81,57	68	89,47	73	96,04	72	94,73	41	53.94	39	51,31
III	16	14,28	3		20		5		6		1		1		1		1		3	
No. de est.			15	93,75	16	100	6	37.5	13	81.25	14	87.5	15	93.75	15	93.75	10	62.5	6	37.5
TOTALES	112	100	103	91,97	111	99,10	44	36,97	91	81,25	98	87,5	107	95,54	105	93,75	59	52,67	53	47,32