

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO

CARRERA:
COMUNICACIÓN SOCIAL

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:
LICENCIADA EN COMUNICACIÓN SOCIAL

TEMA:
“PLAN DE COMUNICACIÓN PARA EL HOSPITAL YARUQUÍ DE LA
CAMPAÑA “HABLA SERIO, SEXUALIDAD SIN MISTERIOS”

AUTORA:
MARIUXI ESTEFANÍA SANTAMARÍA ROBALINO

DIRECTOR:
HUMBERTO CUESTA ORMAZA

Quito, noviembre 2014

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE USO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, autorizo a la Universidad Politécnica Salesiana la publicación total o parcial de este trabajo de titulación y su reproducción sin fines de lucro.

Además, declaro que los conceptos, análisis desarrollados y las conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Quito, noviembre 2014

Mariuxi Estefanía Santamaría Robalino
CI: 1716248305

DEDICATORIA

Dedico de manera especial este trabajo a Dios, que me dio la vida y las fuerzas necesarias para seguir adelante y poder alcanzar mis metas.

A mis padres René y Fabricia quienes me apoyaron con su infinito amor en cada una de las etapas de mi vida, en especial a mi madre quien luchó porque este sueño se haga realidad e hizo todo lo posible para que lo cumpliera.

A mi hermano Junior quien me ha enseñado a ser luchadora y no dejarme vencer, sobre todo a seguir adelante a pesar de todas las circunstancias. Además quien ha sido un gran ejemplo de vida para mí por sus innumerables lecciones de vida.

A mi esposo Luis quien a pesar de no haber estado conmigo en este camino, fue quien me dio impulso para terminar mi sueño. Dedico este trabajo a tu nombre puesto que has pasado a ser una persona muy importante en mi vida y que siempre estarás a mi lado, Te Amo.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Politécnica Salesiana, por ser la institución educativa quien me ha formado profesionalmente y humanamente. En especial a todos mis profesores ya que cada uno de ellos me ha enseñado con sus sabios conocimientos, una parte de mi desenvolvimiento en la vida profesional.

A mi tutor de tesis Germán Humberto Cuesta Ormaza quien me ha guiado en este trabajo final previo a la obtención de mi título. Ha sido para mí una guía académica en todo este recorrido, quien con su paciencia y comprensión ha logrado llevarme a la culminación de dicho trabajo de grado.

Además agradezco de manera especial a la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) y al Hospital Yaruquí por haberme brindado todas las facilidades para realizar mi proyecto de titulación.

.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. APROXIMACIONES CONCEPTUALES	7
1.1 Comunicación y salud.....	7
1.1.1 Promoción de la salud. Carta de Ottawa.....	12
1.1.2 Teorías de la Comunicación y Salud.....	13
1.1.3 Modelos de la Comunicación y Salud.....	17
1.2 Comunicación Comunitaria.....	22
1.2.1 Comunicación Participativa.....	26
1.2.2 Comunicación Popular o Alternativa.....	28
1.3 Comunicación para el cambio social.....	32
1.4 Comunicación en salud sexual y reproductiva.....	36
CAPÍTULO 2. HABLAR DE SEXUALIDAD	40
2.1 Derechos sexuales y reproductivos.....	40
2.2 Educación sexual.....	44
2.3 La sexualidad.....	46
2.3.1 Dimensiones de la sexualidad.....	47
2.3.2 Funciones de la sexualidad.....	48
2.3.3 Los mitos de la sexualidad.....	50
2.3.4 Las relaciones sexuales.....	59
2.4 Planificación familiar.....	60
2.5 Métodos anticonceptivos.....	61
2.6 De enfermedades a infecciones de transmisión sexual (ITS).....	67
2.6.1 Síntomas y signos de las infecciones de transmisión sexual.....	69
2.6.1.1 VIH SIDA.....	70
CAPÍTULO 3. DIAGNÓSTICO DE LA CAMPAÑA “HABLA SERIO, SEXUALIDAD SIN MISTERIOS” EN EL HOSPITAL YARUQUÍ	71
3.1 Aplicación de observación de campo.....	71
3.2 Aplicación encuesta.....	74
3.3 Conclusiones de los resultados de las técnicas de investigación.....	93

CAPÍTULO 4. PROPUESTA DEL PLAN DE COMUNICACIÓN	97
4.1 Antecedentes.....	97
4.2 Objetivos.....	101
4.2.1 Objetivo general.....	101
4.2.2 Objetivos específicos.....	102
4.3 Productos estratégicos de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios”.....	102
4.3.1 Productos comunicativos de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios.”.....	104
4.4 Estrategias.....	112
4.4.1 Uso de caja de herramientas.....	115
4.4.2 Carteles sobre los derechos sexuales y reproductivos.....	116
4.4.3 Afiches de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios”.....	118
4.4.4 Líneas de acción.....	121
CONCLUSIONES	126
RECOMENDACIONES	128
LISTA DE REFERENCIAS	130

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1. Dimensiones de la sexualidad.....	48
Tabla 2. Funciones de la sexualidad.....	49
Tabla 3. Mitos de la sexualidad.....	51
Tabla 4. Síntomas y signos producidos por las infecciones de transmisión sexual.....	69
Tabla 5. Propuesta del Plan de Comunicación.....	122

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1. Observación de campo.....	73
Figura 2. Observación de campo.....	73
Figura 3. Población del hospital.....	75
Figura 4. Población del hospital.....	75
Figura 5. Población del hospital.....	76
Figura 6. Población del hospital.....	76
Figura 7. Población del hospital.....	77
Figura 8. Población del hospital.....	78
Figura 9. Población del hospital.....	78
Figura 10. Población del hospital.....	79
Figura 11. Población del hospital.....	80
Figura 12. Población del hospital.....	81
Figura 13. Población del hospital.....	82
Figura 14. Población del hospital.....	83
Figura 15. Población del hospital.....	83
Figura 16. Población del hospital.....	84
Figura 17. Población del hospital.....	84
Figura 18. Población del hospital.....	85
Figura 19. Población del hospital.....	85
Figura 20. Población del hospital.....	86
Figura 21. Población del hospital.....	86
Figura 22. Población del hospital.....	87

Figura 23. Población del hospital.....	87
Figura 24. Población del hospital.....	87
Figura 25. Población del hospital.....	88
Figura 26. Población del hospital.....	88
Figura 27. Población del hospital.....	89
Figura 28. Población del hospital.....	89
Figura 29. Población del hospital.....	90
Figura 30. Población del hospital.....	90
Figura 31. Población del hospital.....	91
Figura 32. Población del hospital.....	91
Figura 33. Población del hospital.....	92
Figura 34. Población del hospital.....	92
Figura 35. Población del hospital.....	93
Figura 36. Dispensador de preservativos masculinos.....	103
Figura 37. Caja o mochila de herramientas.....	105
Figura 38. Dildo.....	105
Figura 39. Modelo Pélvico.....	106
Figura 40. Cuento de la niña y el mar	106
Figura 41. DVD Primero en familia.....	108
Figura 42. Memory del cuerpo.....	108
Figura 43. Cuadernos metodológicos.....	109
Figura 44. Manual de preservativos masculino y femenino.....	109
Figura 45. Manual de preservativo femenino.....	110
Figura 46. Muestrario de métodos anticonceptivos.....	110

Figura 47. Rompecabezas sobre los derechos sexuales y reproductivos.....	111
Figura 48. Rompecabezas sobre los derechos sexuales y reproductivos.....	111
Figura 49. Círculo de Creencias.....	112
Figura 50. Círculo de Creencias.....	112
Figura 51. Carteles sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos.....	117
Figura 52. Carteles sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos.....	117
Figura 53. Afiches de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios”	118
Figura 54. Afiches de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios”	119
Figura 55. Afiches de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios”	119
Figura 56. Afiches de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios”	120
Figura 57. Afiches de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios”	120

RESUMEN

La falta de salud preventiva como política de Estado, ha sido una de las grandes falencias en nuestro sistema de salud pública. La incorrecta designación de recursos estatales y la carencia en planificación con respecto a salud pública desembocó no solo en problemas en el servicio salud sino también que repercute en la sociedad.

Uno de los problemas de salud que más ha sobresalido en los últimos años ha sido la poca atención en planificación familiar que agravó los índices de embarazos a temprana edad y el aumento de infecciones de transmisión sexual.

“Habla Serio, sexualidad sin misterios” es una estrategia estatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador que desde 2011 se orienta a solucionar dichos problemas. La finalidad de la estrategia es la de reducir los índices de embarazos y de infecciones en los jóvenes adolescentes. Sin embargo es necesario que exista una mayor focalización y enfatización en sectores específicos para que tenga mayor alcance y sobre todo mayor accesibilidad de la información.

En general, las poblaciones menos favorecidas en la designación de recursos son aquellas zonas periféricas, específicamente rurales. Una de ellas es Yaruquí, parroquia rural del cantón Quito, que junto a su hospital no ha recibido desde la creación, los suficientes recursos para brindar un mejor servicio a la población. Por ello la evidente necesidad de reforzar la campaña “Habla Serio, sexualidad sin misterios” en el hospital

de Yaruquí que pretenderá que la información proporcionada este acorde según las necesidades de los pobladores de esta parroquia.

ABSTRACT

The lack of preventive health care as State policy, has been one of the major flaws in our public health system. The incorrect designation of State resources and the lack of planning with regard to public health not only resulted in problems in the health service but which also affects society.

One of the health problems that has most excelled in recent years has been little attention on family planning which worsened the rates of pregnancies at early age and the increase in sexually transmitted infections.

“Habla Serio, sexualidad sin misterios” is a State strategy of the Ministry of Public Health of the Ecuador that since 2011 aims to solve these problems. The purpose of the strategy is the reduced rates of pregnancy and infections in young adolescents. However, it is necessary that there is a greater focus and emphases on specific sectors to ensure greater reach and above all greater accessibility of information.

In general, the underserved populations in the designation of resources are peripheral, specifically rural areas. One of them is Yaruqui, rural parish of Quito canton, who along with your hospital has not received since the creation, sufficient resources to provide a better service to the population. Therefore the obvious need to strengthen the campaign “Habla Serio, sexualidad sin misterios” in the hospital of Yaruqui that pretend to that the information provided this chord according to the needs of the residents of this parish.

INTRODUCCIÓN

Esta de investigación corresponde al campo de comunicación y salud cuyo eje temático es la comunicación, lo mediático, tecnológico y estético en el que se establece la operación o diseño de procesos técnicos y metodológicos de producción de mensajes. Como también el desarrollo de destrezas, capacidades y metodologías de la comunicación a nivel técnico y conceptual.

El proceso de investigación iniciamos desde el 10 de Octubre del 2012 hasta el 15 Mayo del 2014. Desarrollaremos en Yaruquí, parroquia rural del cantón Quito.

Técnicamente el estudio reflexiona sobre los temas conceptuales de anticoncepción, sexualidad, salud preventiva, salud sexual y reproductiva y comunicación que son parte de nuestra categoría escogida dentro de las competencias asociadas a conocimientos mínimos del eje temático del plan comunicativo.

La metodología que será utilizada para una mejor descripción del problema será entrevistas, encuestas, observación de campo, datos del INEC, datos de la página web de la campaña y la elaboración de líneas de acción en la implementación de los recursos de ENIPLA.

De esta manera nos va a permitir proponer un plan de comunicación en el cual se abordará una política de salud enfocada en la salud sexual y reproductiva localizada en el área de salud número 14 de esta parroquia rural.

El presente tema se desarrolla en un campo prioritario de la comunicación establecido entre comunicación y salud. Su eje temático está basado en procesos de comunicación. Dentro del área, se analizará las construcciones culturales que se han formado a lo largo de los años en un tiempo y espacio determinado. Esta asociación nos permite establecer que dicho tema se lo aborda desde una perspectiva de género.

Para la investigación del tema es necesario adentrarnos en un contexto socio-cultural, en donde se han producido fenómenos con relación al eje temático. Es así que desde la consolidación como República, la población ecuatoriana ha tenido un crecimiento poblacional sin ningún tipo de planificación. Uno de los factores que ha provocado este problema ha sido el factor socio-económico.

Como se mencionó anteriormente, la natalidad en nuestro país se producía sin ningún tipo de control. En el libro *La nueva cara de sociodemográfica del Ecuador* del INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), desde 1950 la población en el Ecuador, ha incrementado su tamaño en más de 4 veces. Para el 2010 en el país se registraron 14.483.499 habitantes, sin embargo se evidencia una reducción del ritmo de crecimiento: entre los censos de 1950 a 1962 el crecimiento fue de 2,96%, mientras que entre el censo del 2001 y 2010 el crecimiento fue de 1,95%

Según, el último censo de población y vivienda, el promedio de hijos decreció en los últimos años. En la década de los 90, era de 2,3 hijos por familia, en 2001 cayó a 1,8, y

en 2010 de 1,6. En la actualidad las familias buscan menos hijos para solventar los gastos económicos y garantizar una buena calidad de vida.

Así mismo a partir de la década de los 50 surgieron relevantes cambios poblacionales. Los habitantes de las poblaciones rurales, en busca de un mejor futuro para sus familias tuvieron que migrar hacia las metrópolis. De ahí que la formación de los centros y periferias haya tomado importancia en la vida de la gente.

Los centros económicos y de progreso se transformaron en grandes ciudades y las periferias en zonas rurales. Producto de este fenómeno los gobiernos de turno no se preocuparon de estas zonas y tan solo se convirtieron en áreas de producción agrícola y ganadera. Tal es así que los imaginarios de las personas llamadas de la ciudad con respecto a las periferias, han sido de concepciones minoritarias, discriminatorias y hasta de inferioridad.

Según el INEC del 2010, solo en la provincia de Pichincha existe una población aproximada de 2.500.000 habitantes; 1.950.000 en el área urbana correspondiente al 78% y 550.000, el 22% del área rural. Esta desproporción no solo ha generado diferencias económicas, sino también cambios sociales-culturales en la forma de vida de la población rural.

Es así que la parroquia rural Yaruquí del cantón Quito se la tomará como objeto de estudio. Según el INEC, Yaruquí cuenta con una población 16134 habitantes de los cuales 7566 son hombres y 8568 son mujeres. Con el interés de guiar la investigación al tema establecido, la población femenina será el sujeto central de estudio.

Como dato base, el nivel de analfabetismo en las mujeres de Yaruquí corresponde a un 9.96%, en donde 7264 saben leer y escribir, y 804 no saben las dos cosas. La población económicamente activa, medida desde los 5 hasta los 65 años de edad corresponde a 3740 mujeres, es decir el 46.35% de la población femenina. Otra variante muy importante a ser tomada en cuenta es la natalidad. De una población desde los 12 hasta los 50 años de edad correspondiente a 4670 en total, es decir el 57.88% han tenido su primer hijo o hija.

Tomando en cuenta que Yaruquí tiene un Hospital básico dividido en especialidades, el estudio se enfocará en el área de ginecología y obstetricia para establecer los parámetros en los cuales la población femenina de esta localidad tiene acceso la información con respecto a salud sexual y reproductiva. El enfoque de género, será el punto central del estudio, puesto que las mujeres son los seres que tienen la capacidad de concebir y por ello la importancia de brindar espacios en los cuales puedan ser informadas objetivamente sobre el cuidado y prevención de la natalidad. Así mismo para el presente estudio se tomará en cuenta a la población masculina, tanto los derechos sexuales como el ejercicio de la planificación familiar los involucrados en el tema.

Debemos rescatar que en el Hospital Yaruquí no solamente la población de esta localidad recibe atención médica sino también gente de poblaciones aledañas. Como lo son de las poblaciones de Checa, Cumbaya, Lumbisi, El Quinche, Pifo, Puembo, Tababela, Tumbaco y Ascazubi. Según el informe de la dirección provincial de salud de Pichincha del 2011, 9906 mujeres llegan anualmente al hospital en busca de atención

médica de las cuales 3168 tiene o han tenido consultas en planificación familiar. Es decir que el 30.69% de mujeres que acuden al hospital reciben información sobre métodos anticonceptivos.

Para involucrarnos en el tema de natalidad ligado a la anticoncepción nos basaremos en los datos anteriores. En este sitio la única campaña visible dentro del hospital es la de “Habla Serio, sexualidad sin misterios” del Ministerio de Salud Pública (MSP). Una de las actividades que realizó esta campaña fue la de instalar un dispensador de condones totalmente gratis dentro del hospital. Además existe una señalética en el área de farmacia donde se informa la ubicación del dispensador. Esta ha sido una política de Estado implementada en todos los hospitales, centros y subcentros de salud públicos del país. Lo que se pretende hacer con la campaña del ministerio, será enfocarla y localizarla en el Hospital de Yaruquí para que sean los hombres y mujeres en edad reproductiva, los que tengan un acceso libre y responsable de dicha información.

En el presente trabajo de grado está dividido en cuatro capítulos. El primero de ellos habla sobre las aproximaciones conceptuales de la comunicación con disciplinas como son la salud y la comunidad. En este sentido se habla de la comunicación y salud que trata sobre cómo los dos campos de acción pueden lograr generar en los seres humanos vidas más saludables y sobre todo la formación de políticas en salud preventivas.

Dentro del capítulo también se habla de la comunicación comunitaria que visibiliza el poder de la acción y la palabra en los grupos de comunidades que asumen el liderazgo en asumir otro tipo de comunicación. Así se apunta a la comunicación para el cambio

social en el que los sujetos capaces de lenguaje y acción son protagonistas de su propio cambio correspondiente a su realidad. Por último veremos la importancia de la comunicación en salud sexual y reproductiva que corresponde al estudio de los procesos de salud e información, en donde la comunicación construye sentido en la vida de los seres humanos.

En el segundo capítulo enunciaremos e informaremos sobre la importancia de los derechos sexuales y reproductivos en nuestro país, los cuales son base fundamental en la formación de políticas públicas en el tema de planificación. Además de la educación sexual y la sexualidad vista en sus dimensiones y funciones que definen parte de lo que somos y nuestro desarrollo con los demás.

El tercer capítulo veremos la aplicación de la metodología para el diagnóstico de la campaña “Habla Serio, sexualidad sin misterios”, en donde se aplicó encuestas, observación de campo y recolección de datos oficiales para saber el impacto de la campaña dentro del hospital.

El cuarto capítulo se enfoca en la propuesta del plan de comunicación que consiste en una estrategia con varias líneas de acción para promocionar los insumos de la campaña como sus diferentes herramientas comunicacionales y didácticas. Todas estas en el marco que rige ENIPLA dentro de las instalaciones del hospital.

CAPÍTULO 1. APROXIMACIONES CONCEPTUALES

1.1 COMUNICACIÓN Y SALUD

La comunicación y la salud son dos campos que están ligados e intrínsecamente comprometidos, puesto que son los principales promotores y los agentes de cambios en la sociedad y los individuos.

En primer lugar la comunicación implica una construcción de tipo social, cultural y creativa. La que se desarrolla en procesos de transmisión y recepción de ideas en los cuales los sujetos establecen interacciones a través de mensajes o informaciones por medios o elementos de comunicación. Es decir que lo más importante en la comunicación son los procesos que surgen a partir de estas interacciones. Por lo tanto, estos procesos son los que construyen sentido.

En cambio la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la salud “es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (OMS, 1946, pág. 1) Este concepto implica que la salud busca que los seres humanos logren obtener mecanismos de cuidados de sus funciones físicas y mentales para llegar a obtener una mejor calidad de vida.

Tanto la comunicación y la salud son procesos sociales en los cuales se busca mejorar los distintos tipos de relaciones que tenemos los seres humanos con nosotros mismos y con nuestro entorno. Por lo cual no son dos campos separados el uno del otro sino más

bien son complementarios. Es ahí donde la relación entre comunicación y salud se hace presente.

Es de gran relevancia el papel que juega la comunicación en materia de salud. Los mecanismos que utiliza la comunicación para informar y de esta forma lograr persuadir en las disposiciones ya sea individual o grupal para optimizar la salud. Por lo que la comunicación en salud toma en cuenta el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influir en las decisiones personales y colectivas que fomenten hábitos más saludables en pro de mejorar la calidad de vida.

Es así que la OMS reconoce a la comunicación como un elemento necesario para mejorar la salud pública y personal. Proporciona a los individuos y a las comunidades los beneficios de prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida. De tal manera la comunicación en la salud promueve procesos de influencia social multidinámicos que proporcionan conocimientos, fomenta actitudes y provoca prácticas requeridas de la población por los programas y/o políticas de salud.

El objetivo de la comunicación en salud o la comunicación de sanidad, es el de informar sobre los factores de riesgo de múltiples enfermedades y patologías, para prevenirlas. Por esta razón los comunicadores son llamados a divulgar información objetiva sobre salud para evitar que la gente entienda mal o ignore dicha información.

A través de un mayor conocimiento de las enfermedades, de los tratamientos y de los avances científico-tecnológicos, la sociedad podrá tener las herramientas suficientes para

prevenir las enfermedades. En esta medida el mejor sistema de salud es aquel que previene. No por eso el refrán popular de prevenir es mejor que lamentar.

La comunicación de sanidad sitúa los instrumentos necesarios para lograr que los pacientes, los profesionales de la salud y la comunidad logren llevar una vida mejor. En este sentido cada uno de los sujetos, con su comunidad y junto con los trabajadores de la salud son los responsables de trabajar por un fin común que es el de tener un sistema de salud pública de calidad.

La comunicación no solo pretende prevenir las enfermedades, sino también que los sujetos busquen información sobre todo lo que tiene que ver con temas de salud. Es decir que ellos mismos sean quienes se apropien del conocimiento y cambien su realidad. Por ello se necesita que la comunicación haga participativa a la comunidad. Con lo cual se generan procesos individuales y colectivos que asuman responsabilidades en mejorar la capacidad de contribuir a su bienestar.

El trabajo de la comunicación en materia de salud también implica el papel de los medios de comunicación que deben dar paso a diferentes espacios que busquen el beneficio de los sujetos, del sistema y de las instituciones responsables que generan información. “Según Luis Ramiro Beltrán el empleo sistemático de medios de comunicación individuales, de grupo, masivo y mixto, así como tradicionales y modernos - como los medios informativos y los multimedia-, constituyen herramientas de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales que cumplan los objetivos de los programas de salud pública.” (Mosquera, 2002, pág. 2)

Hay que tomar en cuenta que al hablar de comunicación en salud nos referimos a un sistema de procesos integrales de intervención que a través de los medios y recursos de comunicación fomentan conductas al buen estado de salud. Por consiguiente pueden salvar vidas y aumentar el bienestar de los seres humanos.

En esta medida la comunicación de sanidad fomenta todo tipo de modalidades participativas. La transmisión y la construcción de conocimiento fomentan que los grupos humanos sean quienes se involucren en procesos de cambio y sobre todo la participación de la comunidad.

Los estudios y abordajes que le han otorgado a la comunicación y a la salud han sido vistos desde procesos sociales como en el flujo de información. Sin embargo, la OMS y varios teóricos en esta materia, han señalado que la participación activa y constante de la comunidad se la logra a través de que estos estudios sean practicados por parte de los sujetos y a su vez por la comunidad. Es decir, que la fomentación de la participación en comunidad es pieza clave en asumir la responsabilidad que tiene la comunicación en sanidad.

Silva Pintos Virginia sostiene que la intención de la comunicación y la salud pretenden:

asegurar una adecuada cobertura de los temas de Salud por parte de los medios masivos; disminuir la brecha existente entre los avances de la medicina y la incorporación de éstos por la población: estudiar las estrategias y los medios

necesarios para logara que las temáticas de salud alcancen los públicos objetivos y produzcan en ellos efectos concretos; motivar a la población hacia temas como políticas de salud y calidad de vida; generar acciones efectivas en favor de la prevención de la enfermedad, la protección y la promoción de la salud integral. (Silva, 2001, pág. 121)

En esta perspectiva es importante mencionar que las dos disciplinas ponen herramientas e instrumentos para el cambio de actitudes en pro de mejorar la calidad de vida de los sujetos. Pero ello implica procesos comunicacionales a través de los medios masivos de comunicación como también los medios alternativos.

Es así que la comunicación en salud da a la comunicación un horizonte más amplio en producir estrategias enfocadas a la planificación. Es decir que se logre medidas de protección, prevención y sobre todo promoción de estilos de vida saludables en todos los ámbitos de la salud. No solo le corresponde al Estado efectuar dichas medidas sino también a todos los organismos que tiene en sus manos crear una cultura de salud preventiva como las escuelas, colegios instituciones públicas y privadas.

Varios han sido los organismos internacionales que han legitimado la promoción de la salud. Por ejemplo la primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud en el año de 1986 definió a esta como “el proceso de facultar a las personas para que aumenten el control que tienen sobre su salud y mejorarla” (FMED, 1986). Dicha definición se solventa en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Así mismo la Conferencia Sanitaria Panamericana del año 1990 resaltó la comunicación social

“como instrumento fundamental para la formación básica de personas, familias y comunidades” (OPS, 2012, pág. 2)

Para el año 1993 el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó la resolución Promoción de la Salud en las Américas, para que los gobiernos de los países americanos instauren campañas de carácter comunicativo para la promoción de la responsabilidad del bienestar del ser humano dentro de los programas sanitarios.

En esta misma línea, las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de 1995-1998 la OPS resaltó el relevante papel de la información y la comunicación en ser los generadores de conocimiento suficiente para el cambio de actitudes y prácticas dentro de la población, sobre todo en ser motivadores de la creación de políticas públicas en torno a la salud.

Gracias a estas reflexiones sobre la comunicación y salud debemos entender que uno de sus papeles más importantes es y será la promoción de la salud, puesto que no solo previene enfermedades o protegen a los sujetos de algún daño, sino que también genera procesos educativos en donde los sujetos y la comunidad misma adquieren comportamientos adecuadamente sanos.

1.1.1 Carta de Ottawa para la promoción de la salud

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud realizada en el año 1986 establece diversas categorías de la salud y sobre todo de su adecuada promoción.

En esta carta se toman en cuenta factores sociales, económicos, tecnológicos y gubernamentales que tiene cada estado para crear políticas de salud favorables con el ser humano y su entorno.

En dicho documento el área de acción para la promoción de la salud se sustenta en el desarrollo del ser humano y su comunidad en todos los sentidos y el derecho que tienen en encontrar su propio bienestar. Además hace un llamado a que toda política pública sea de por sí equitativa e igualitaria según la realidad de cada persona. En este sentido lo que busca la carta es reducir no solo las enfermedades o las defunciones sino reducir las desigualdades económicas y sociales en pro de una mejor calidad de vida.

1.1.2 Teorías de la comunicación y salud

Mario Mosquera Vásquez en el texto virtual "Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias", establece algunas teorías dentro del estudio de la comunicación en salud.

Comunicación participativa en salud

Mosquera establece que: "El concepto de comunicación participativa parte del supuesto de que aquellos afectados por las decisiones, deben estar involucrados en la toma de estas... Este proceso se basa en el diálogo, aunque se empleen distintos medios de comunicación, ya sean tradicionales o modernos." (Mosquera, 2002, pág. 2)

Esta teoría se basa en los procesos comunicacionales de retroalimentación y diálogo. Tanto el emisor como el receptor tienen una constante actividad en los mensajes. Es decir, siguen un modelo horizontal en donde el receptor deja de ser un observador para ser un emisor de mensajes. La interacción entre receptores y emisores es vital para dicho modelo pues hay un intercambio dinámico de estos roles.

Dentro de las sociedades toma mucha más relevancia puesto que las hace participes de procesos que puedan cambiar su estilo de vida a uno más saludable. Tanto los medios de comunicación masivos como los alternativos posibilitan este hecho. Sin embargo es necesario tomar en cuenta la realidad histórico-demográfica de las comunidades puesto que tienen su propia cosmovisión y sus valores culturales. Es decir en base a su cultura promulgar herramientas que permitan generar conocimientos en salud y hacerlos participes en procesos de cambio.

En esta teoría el trabajo con las comunidades implica una activa participación de sus individuos en procesos de diagnóstico, planificación y ejecución de los programas. Además de fomentar organizaciones sociales dentro de ellas, que permitan a la población consolidarse como organización en un fin determinado y alcanzar representatividad.

Comunicación para el cambio de comportamientos

Otras aproximaciones teóricas utilizadas en los proyectos de comunicación en salud, consisten en las concepciones que llevan a cambios conductuales o de

comportamiento. Múltiples teorías han sido elaboradas sobre el por qué los individuos se comportan de determinada manera en relación con su salud, con la utilización de la oferta de servicios de salud, adquisición de hábitos, modificación de conocimientos, actitudes y, en última instancia, con los comportamientos saludables Sin embargo, existe cada vez más consenso de que hay un número limitado de variables que necesitan ser consideradas al momento de predecir o comprender una conducta... que vienen de tres teorías: el Modelo de Creencias en Salud, la Teoría de Aprendizaje Social y la Teoría de la Acción Razonada. (Mosquera, 2002, pág. 2)

La Teoría de Aprendizaje Social

La teoría establece que los conocimientos se los adquiere a través de los otros y otras. Varias experiencias de comunicación audiovisual que hacen narraciones o cuentan historias en salud por ejemplo dramatizando o contando cuentos que con la finalidad de tomar conciencia sobre los hábitos de salud e higiene. Dichos programas generan opinión pública puesto que dan a conocer situaciones y personajes semejantes a las realidades de la audiencia.

De este modo, los sujetos se ven reflejados en las narraciones y se asume que adoptan el nuevo comportamiento de manera natural, como una opción acorde a sus necesidades y expectativas de vida.

En este sentido el aprendizaje se logra a través de los otros y otras. Los sujetos reaccionan ante cierto tipo de conductas, las reproducen o las trasforman para sí mismos.

La teoría resalta el protagonismo que tienen otros sujetos que ejecutan alguna acción determinada y experimentan sus consecuencias. Como resultado se van construyendo sentidos que cambian el o los comportamientos de las personas ante los elementos cosas del mundo que los rodea.

El Modelo de Creencias en Salud

En esta instancia se pone en juego creencias, mitos, costumbres de los sujetos y sus comunidades que intervienen de forma relevante los hábitos que hacen suyos o no en relación con la salud. Dichos hábitos influyen en la concepción de lo que es una enfermedad/patología, la gravedad de la misma, los beneficios y las dificultades que la suponen como tal. El Modelo de Creencias en Salud toma muy en cuenta que una inducción a cierto tipo de conductas científicamente comprobadas pone en evidencia las creencias de los sujetos que da como resultado un proceso de cambios dichos hábitos.

Los sujetos tienen que tomar consciencia de la gravedad de alguna enfermedad manifestada en su cuerpo y asumir la responsabilidad de esta si fuera el caso. Además los individuos deberían seguir las sugerencias/acciones recomendadas ya sea por un cuerpo médico o por una fuente oficial, las cuales brindarían pautas para la prevención de algún tipo de enfermedad. Estos dos factores son de gran importancia porque influyen de manera directa para que los individuos asuman actitudes responsables en pro de su salud, es decir, que los individuos asuman un cambio recomendable de conducta en su salud.

La Teoría de la Acción Razonada

El cambio de una conducta específica esta intrínsecamente ligado por la fuerza de las intenciones personales a desempeñar esa conducta, es decir por la llamada la fuerza de voluntad. La finalidad de cambiar cierto tipo de conducta está determinada por una función de dos factores. La primera de ellas se enmarca en la actitud personal hacia el desempeño de la conducta, es decir, todos aquellos sentimientos y pensamientos ya sean positivos o negativos del sujeto con relación al cumplimiento de la conducta. La segunda de ellas se refiere a las normas subjetivas, lo que piensa el sujeto según su entorno social, acerca de la conducta.

La teoría de la Acción Razonada, como estable en sus conceptos Mario Mosquera, es también la teoría de La Conducta Planificada puesto que las creencias del individuo o de una comunidad en asumir ciertas conductas llevan a obtener resultados que posteriormente pueden ser en gran medida evaluados. El conjunto de creencias de una población o del sujeto están delimitadas a cumplir o no las conductas planteadas por parte del cuerpo médico o de una fuente oficial. Además en gran medida son analizables las estimulaciones que ofrece el emisor. En este sentido el individuo y/o población pueden asumir las recomendaciones y hacerlas prácticas en su vida cotidiana.

1.1.3 Modelos de la comunicación y salud

Modelo Interpersonal para el cambio individual

Resalta la importancia de la comunicación interpersonal en un grupo social donde el intercambio de mensajes y el diálogo sean la base de la comunicación. “Es la

comunicación entre personas –medico/paciente, medico/enfermo, enfermo/paciente, medico/ familia- sin mediación tecnológica alguna, que abarca tanto la modalidad verbal mediada por el habla como la no verbal, mediada por elementos distintos al habla: gestos, posturas, orientación, entre otras.” (Silva, 2001, pág. 127)

Para lograr que la comunicación interpersonal tenga una buena calidad dentro de las entidades de salud es necesario tomar en cuenta que este tipo de comunicación ve al emisor y al receptor como sujetos diferentes con sus propias normas, creencias, educación y cultura. Por tanto el manejo del lenguaje también parte de estas concepciones visibilizando diversos sentidos. Es así que en las entidades de salud se debe tomar en cuenta el manejo del lenguaje coloquial, es decir entendible y sobre todo explicativo.

Las habilidades comunicativas manejadas dentro del campo de la salud deben sustentarse en un lenguaje claro para que el mensaje pueda ser entendido. Agregando que el profesional de la salud debe tomar en cuenta el contexto sociocultural del receptor, puesto una buena o mala noticia cambiara las actitudes frente a la vida. En otras palabras, no es lo mismo comunicar a una paciente de un embarazo a comunicarle que tenga SIDA, así como también informar que su familiar posee algún tipo de discapacidad. Por ello la comunicación interpersonal involucra en gran medida las interculturalidad.

Modelo Intrapersonal para el cambio grupal

En América Latina, por ejemplo, la comunicación predominante ha sido la de los medios de comunicación masivos (tv, prensa, radio). La información masiva a través de estos

medios produce un solo sentido y no contempla una respuesta por parte del receptor. El poder de dichos medios hace que la información se despliegue a distintos tipos de población, sin retorno alguno por lo que evita la opinión de la gente. En este sentido sustituye las necesidades de la educación para la salud y los programas de salud en corto plazo y no de largo plazo que es el objetivo de la salud en especial de la preventiva.

Así mismo el contexto económico y político juega un rol que trastoca directamente a la salud por parte de los medios masivos. Ellos son quienes pueden influir ideológicamente en las audiencias a tomar en cuenta ciertos comportamientos. Pueden lograr fortalecer o no, medidas de buenos hábitos de salud, es decir que su impacto social es evidente. El papel preponderante concedido a los medios masivos de comunicación en los temas de salud responde fundamentalmente al sentido de urgencia que habitualmente acompaña el concepto y todo lo que se lo asigna.

Modelo Organizacional

Las funciones que cumplen los diferentes componentes de una entidad de salud en los individuos tienen vital importancia. La comunicación es vista como un proceso de creación, intercambio, procesamiento y almacenamiento de mensajes en un sistema de objetivos determinados. Se produce procesos dinámicos en donde la estructura de la organización cumple funciones significativas, es decir que dan sentido a roles dentro de las entidades de salud.

La comunicación organizacional que nace de este modelo afecta la atención que recibe los individuos que acuden a la casa de salud. Otra medida importante fruto de este tipo

de comunicación se relaciona con las políticas internacionales, es decir la capacidad de los gobiernos de diferentes países para brindar asistencia técnico/médica en beneficio de la población.

El diseño, la planificación, la ejecución y la evolución son herramientas organizacionales mediante las que producen en la promoción de la salud afirmar estrategias y planes de acción. Dichas estrategias y planes reconocen a los diversos públicos de una población por lo cual se orientan según las características y necesidades de cada público.

Modelo Intercultural

El individuo o la población enfrentan o ven a la enfermedad dentro de una cultura establecida. Cada cultura define un conjunto particular de ciertas enfermedades, que son las que confieren las condiciones de enfermo. Además, en las personas crea interpretaciones y actitudes que provocan a vivir la enfermedad en una establecida forma.

La dolencia o el padecimiento de cierta enfermedad, toma el centro de atención en una población porque las culturas de ciertas poblaciones rechazan o aceptan las enfermedades. El contexto cultural logra influir en la salud y puede lograr una distorsión en el mensaje del médico al paciente. Es decir que el emisor (el médico) diagnostica alguna dolencia al receptor (paciente) pero el diagnóstico está afectado por la perspectiva cultural que le rodea al receptor.

Todos los sistemas de salud deben tomar en cuenta este contexto, puesto que los pacientes se someterán a los planteamientos del profesional de la salud con el resto de su comunidad, por lo que rechazarán o harán práctico las recomendaciones. Lo que evidencia un trabajo no solo con el individuo sino con la comunidad que le rodea. Así como también deben orientarse a las necesidades por parte de las comunidades de hábitos más saludables y sobre todo generar medidas comunicativas que mantengan informados tanto al ámbito de la salud como al ámbito social, político y económico.

Es importante mencionar que el ineludible papel de la comunicación alternativa como medida viable en favor de la comunicación y la salud, sobre todo en su promoción. Resaltar el compromiso de las comunidades y de las organizaciones sociales en reforzar su participación sobre temas de salud. Es decir, crear una comunicación alternativa que someta a los sujetos a ser partícipes de los modelos y esquemas mencionados anteriormente.

Silva Pintos Virginia afirma lo siguiente:

En este sentido, la comunicación juega un rol importante para el desarrollo de una sociedad, en la democratización de la información y el conocimiento de la salud, así como en su posibilidad de influir todas las fuerzas de la comunidad para lograr la definición de políticas públicas saludables, facilitando los debates comunitarios sobre las necesidades y alternativa a aplicar para buscar bienestar común. (Silva, 2001, pág. 133)

1.2 COMUNICACIÓN COMUNITARIA

La comunicación comunitaria nace como respuesta a los sistemas políticos, económicos y sociales dominantes en América Latina. Nace gracias las iniciativas populares y organizaciones de movimientos sociales a partir de hechos coyunturales que desataron su origen. A partir de la década de 1970 surgieron procesos de respuesta y de acción ante las dictaduras militares y políticas represivas de la época. Dichos movimiento buscaban contribuir al cambio social y la equidad en los derechos de todas las personas.

De tal forma que se crea otro tipos de medios diferentes a los ya tradicionales (televisión, prensa escrita y radio) con una forma distinta de emitir la información. En primer lugar nace la prensa sindical que difundía panfletos y boletines criticando las medidas políticas, sociales, económicas del sistema y de los gobiernos. De tal forma que se piensa en una comunicación enraizada en los movimientos sociales.

En base a estos hechos, el despertar de los pueblos latinoamericanos en ser protagonistas de su propio cambio da paso a formar una comunicación que rompa el sistema vertical de los traicionales medios de comunicación (televisión, prensa, radio), es decir el mensaje transmitido al receptor de manera unidireccional, es decir por una sola vía. Radica en un proceso de comunicación basado en el modelo matemático de información de Claude Shannon de emisión y recepción de mensajes dentro de un sistema lineal y vertical. Emisor-mensaje-canal-receptor En donde no hay posibilidad alguna que el receptor pueda responder u opinar a la información. Por ello la comunicación comunitaria se crea con el objetivo de romper con este tipo de comunicación y ser una

comunicación basada en la retroalimentación, una comunicación horizontal donde el emisor y el receptor puedan intercambiar mensajes a través del libre flujo de la información.

Uno de los medios de comunicación que adoptaron la comunicación comunitaria fue la radio. Así por ejemplo, la Radio Sutatenza, creada por el Monseñor Salcedo nació en 1947 para la educación popular y la alfabetización, conocido como bachillerato por radio. En la misma década, aparecieron en Bolivia las radios sindicales mineras. De este hecho en varios países latinoamericanos empiezan a formarse, tal es así que en nuestro país se crea las Escuelas Radiofónicas Populares del Ecuador (ERPE) fundada por Monseñor Leonidas Proaño. La ERPE se crea con el objetivo de alfabetizar y dar clases por radio a los sectores más desprotegidos además de instaurar una cultura preventiva generando consultorios médicos radiales.

La comunicación comunitaria se basa en procesos horizontales. Lo que significa que tanto el receptor como el emisor logren ser recíprocos en los mensajes que se transmiten. Esto implica una mayor participación de los receptores, o de la audiencia, permitiendo un encuentro más dialéctico en el transmitir de las ideas, expresiones e informaciones. Es decir, que el receptor juega un papel no pasivo en el proceso de comunicación. Además, de una relación prevaleciente en la interacción que suplanta la de una comunicación en la cual la acción está solamente desarrollada por el emisor.

La comunicación comunitaria trata de promover la participación de actores locales al servicio social, en función de proyectos comunes que impulsen el desarrollo y gestión de la comunidad. Además de procesos de lucha por el equilibrio en la construcción de agendas informativas y comunicativas propias.

De esta comunicación se fomenta otras perspectivas que generan espacios alternativos, en donde la comunicación además de ser participativa resalta como un hecho cultural para darle la voz a los sin voz como lo expresa Armand Mattelart en su libro los medios de comunicación de masas “devolverle el habla al pueblo”. Es decir, brindarle espacios a los sectores más desprotegidos e invisibilidades como los campesinos, los obreros, los indígenas, las mujeres, los infantes y los jóvenes. En este mismo sentido Jesús Martín Barbero sostiene que el fin es lograr espacios comunicativos que visibilicen a las minorías “... lo que los movimientos sociales y minorías -las etnias y las razas, lo jóvenes o los homosexuales- demandan no es tanto ser presentados, sino reconocidos; hacerse visibles socialmente en su diferencia.” (Martín Barbero, 2006, p.68)

Varios teóricos e investigadores de la comunicación sostienen que la comunicación comunitaria se basa en el reconocimiento de los movimientos sociales y sobre todo de las comunidades. Por lo que esta comunicación pretende hacer cumplir con los derechos de estas personas y ejercer el derecho a la libertad de expresión. Decir sin condicionamiento alguno, lo que piensan sienten y quieren.

Según José Ignacio López Vigil los medios comunitarios pasan a ser un centro cultural, que deberían ser apoyadas económicamente que fomenten creación de productos

periodísticos y comunicacionales de buena calidad. En este sentido las radios comunitarias han podido seguir al aire por medio de las iniciativas y emprendimientos generados por la propia la comunidad.

Características de la comunicación comunitaria:

- Procesos de comunicación constituidos en el ámbito de movimientos sociales y comunidades.
- Promueve la participación activa y constante de la sociedad.
- No tiene fines de lucro y su carácter educativo, cultural y movilizador. Sin embargo promueve la economía local y los pequeños negocios.
- Se maneja la participación social mediante contenidos de forma horizontal.
- Fomenta la democratización de la información

Los medios comunitarios sostienen contenidos que privilegian la participación, la educación popular, el desarrollo y las acciones locales. Hacen referencia a aquellos grupos poblacionales determinados que comparten un entorno específico. Es decir que la misma gente sea la quien produzca sus medios de comunicación según sus propias necesidades y los objetivos que persiguen como comunidad.

El intercambio y el libre flujo de información hacen que los sujetos estén involucrados en el proceso comunicacional. Es decir que la democratización de la información implica abstraer igualitariamente la información, además de poder expresarse y hacer valer este derecho.

Los procesos comunitarios de comunicación en los cuales participan los habitantes como planificadores, productores o intérpretes, son el instrumento de expresión de la comunidad, más que para la comunidad. En ella que tienen acceso los miembros de esa comunidad, con fines de información, educación o esparcimiento, cuando necesitan ese acceso.

Los medios de comunicación comunitarios van configurando otro tipo de comunicación donde los sujetos forman comunidades con fines específicos en donde hacen prevaler el derecho a comunicarse y sobre todo a fomentar espacios de diálogo y de interacción.

1.2.1 Comunicación participativa

La comunicación debe proyectar espacios que permitan desarrollar espacios de acercamiento y de interacción entre los sujetos que posibilite la igualdad de oportunidades y la generación de opiniones. La comunicación, en tanto factor esencial de los procesos de desarrollo, debe contribuir a la generación de espacios de diálogo y de acción social e intercultural, como requisito básico para la práctica de otro tipo de comunicación.

Existe una gran diversidad de sujetos que tiene sus propias experiencias de vida pero la comunicación de contribuir a ser partícipe de todas las personas con diversos criterios y poner énfasis en aquellos que se encuentran en desventaja ya sea por su situación social, política económica o cultural.

Herz Carlos sostiene que:

La comunicación tiene como propósito el fortalecimiento de las capacidades locales, la reproducción de sus experiencias y la multiplicación de las metodologías participativas que hacen posible esa interrelación entre actores sociales, con un fin común o diferenciado, pero en condiciones posibles de equidad. (Herz, 2000, pág. 25)

En esta comunicación los procesos locales tienen una base en el conocimiento y los saberes que, a través intercambio de ideas los sujetos plantean un interés común que les produce organizarse. Dichos procesos se solventan en el diálogo en donde la información siempre está e dinamismo tanto del receptor como del emisor. La participación activa de los sujetos permite el libre derecho a la comunicación pues facilita las relaciones entre los sujetos.

Como ya anunciamos anteriormente al igual que la comunicación comunitaria, la comunicación participativa permite democratizar la información en la medida que espacios que contribuyen intercambiar y fortalecer la información de manera fluida, dinámica y participativa.

Por ello, este tipo de comunicación se basa en el diálogo como herramienta fundamental para hacer participativa el conocimiento de los sujetos acerca de alguna información. Sin embargo la participación de los sujetos en los medios de comunicación conduce a la ineludible democratización de la información. De tal forma es necesario que los medios

de comunicación reconozcan que las poblaciones no solo tienen derecho a opinar y expresarse, sino también a hacer valer este derecho.

Los procesos de comunicación locales y la generación de espacios de diálogo y de opinión con los diversos sujetos ya sea de una comunidad o de una población, tratan de buscar intereses en común y un mayor tipo de información. Lo que pretende la comunicación participativa es crear participación dentro de la sociedad para que se efectivice el derecho a la comunicación. Así como para que la sociedad tenga habilidades y capacidades diversas en esa participación generadores de espacios en la toma de decisiones.

Es importante resaltar que la comunicación participativa es el hilo conductor tanto de la comunicación comunitaria como de la popular o alternativa, puesto que establecen un diálogo permanente y fluido entre los sujetos y organizaciones desde los espacios locales resaltando siempre la participación de los sujetos dentro y fuera de sus espacios sociales.

1.2.2 Comunicación popular/ alternativa

La comunicación popular o alternativa tuvo su nacimiento en la década de los setenta y ochenta en América Latina, gracias a los movimientos sociales y al surgimiento del movimiento obrero/sindical desde diferentes espacios.

Las iniciativas populares y las organizaciones sociales abren un espacio en donde pueden contribuir al cambio social y a la legitimación de los derechos de la ciudadanía.

Según Merino Utreras Jorge sostiene que la comunicación popular busca:

La transformación del sistema comunicacional vigente en la región, ya sea mediante la autogestión o la participación de la comunidad en todo el proceso de la comunicación, que lleva consigo el cambio de otras estructuras políticas-económicas, insertas en el actual sistema político de América Latina. (Utreras Merino, 1998, pág. 14)

La comunicación alternativa y/o popular se sustenta en propuestas de proyectos alternativos, en donde tanto los espacios políticos y democráticos viabilicen este tipo de comunicación. “Como dice Paulo Freire, aprender con la realidad que las determina, que todo es proceso escapa a los marcos de la comunicación como tal para localizarse en el proyecto político que los crea como instrumento y expresión de su desarrollo.” (Utreras Merino, 1998, pág. 15)

La oposición del modelo dominante de los medios de comunicación masivos permitió que la comunicación popular desarrolle proyectos de educación popular en búsqueda de una nueva alternativa en el proceso de información. Evidentemente la promoción de desarrollo de las comunidades y la educación popular se fueron articulando dentro de esta comunicación. Por tanto la comunicación popular se define en el plano político puesto que la comunicación es parte y consecuencia de un modelo de desarrollo, así como de un estilo de vida y de una concepción política de las relaciones sociales.

De esta concepción parte la alternatividad en el sentido de cambiar el proceso comunicativo de los grandes medios de comunicación por uno donde las clases

populares y los grupos sociales sean quienes tomen la palabra. En esta misma medida Martin Barbero Jesús sostiene:

La comunicación será alternativa en la medida en que asuma la complejidad de esos procesos, si junto al lenguaje del medio se investigan los códigos de percepción y reconocimiento, los dispositivos de enunciación de lo popular, códigos y dispositivos en los que se materializan y expresan confundidos ya la memoria popular y el imaginario del pueblo. (Martin Barbero, 1980, pág. 17)

En esta perspectiva los sujetos toman gran relevancia en el proceso de comunicar puesto que ello significa validar sus concepciones y opiniones frente a diversos temas. Lo que fomenta a que dichos medios permitan construir dentro de la comunicación a sujetos que a la vez son emisores y receptores asumiendo un pleno ejercicio democrático.

La conexión valórica que sostiene la comunicación popular y/o alternativa se enfoca dentro de la solidaridad humana entre sujetos de una misma clase o sector social. Lo importante es generar vínculos y compromisos con los sujetos permitiéndoles expresarse y ser protagonistas de su realidad.

La comunicación popular y/o alternativa representa una contra comunicación, es decir la otra articulada en los movimientos sociales y populares. Su objetivo es ejercer la libertad de expresión, ofrecer contenidos diferenciados, servir de instrumento de concienciación y, así, democratizar la información y el acceso de la población a los medios de comunicación, para contribuir a la transformación social.

Alfaro Rosa María destaca que “esta comunicación puso al lado humano aunque también político desde sus prácticas, reivindicando inclusive los aspectos recreativos del quehacer comunicacional y el contacto entre la gente, tanto desde los medios como en la relación directa.” (Alfaro Moreno, 1999, pág. 4)

Los nuevos escenarios de la comunicación han ido evolucionando con el proceso del tiempo y el avance tecnológico. El internet junto con los medios digitales puede ser utilizado como medios alternativos en el intercambio de ideas e información, sin dejar de perder sus características. Esto se logra con la participación de cada uno de los sujetos que se involucran en las acciones que transformen la sociedad.

Y es que las nuevas tecnologías permiten un acceso más rápido a la información sin importar el tiempo ni el espacio. La utilización de las nuevas tecnologías debe estar sometida a la criticidad en los contenidos y a la diversificar la información presentada.

Dimensiones de la Comunicación Popular

Según Kaplún Mario (1985) las dimensiones de la comunicación popular son las siguientes:

Proceso educativo: Ha de estar al servicio de un proceso liberador y transformador. La comunidad ha de ir formándose con ella, comprendiendo críticamente su realidad y adquiriendo instrumentos para transformarla.

Proceso Organizativo: Ha de estar estrechamente vinculada a la organización popular.

Diálogo/Participación: y ha de ser una autentica comunicación, es decir, tener como el dialogo y la participación. (Kaplún, 1985, pág. 85)

1.3 COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO SOCIAL

La comunicación para el cambio social se base en los preceptos tanto en la comunicación para el desarrollo como en la comunicación comunitaria. La Comunicación para el desarrollo nace con el objetivo de brindar espacios comunicativos para mejorar su calidad y sus condiciones de vida a través de proyectos, programas o de algún tipo de plan de desarrollo que cambie su realidad.

La Comunicación para el desarrollo, al igual que las comunicaciones que ya se anunció anteriormente se fundamenta en el modelo horizontal, es decir en el dialogo como mecanismo de interacción.

Lo que pretende la comunicación para el desarrollo no es solamente el libre flujo de la información sino más bien tomar de ella y hacer un instrumento de participación y de conocimiento para el cambio social. El factor relevante de esta comunicación es el de generar conocimiento a partir de las aproximaciones científicas así como de las subjetivas. Es decir, que se tomen en cuenta todos los ámbitos del ser humano como su cosmovisión, su cultura y su educación para así hacer partícipe a toda persona que se involucre socialmente en un proyecto tomando en cuenta su realidad.

Evidentemente la comunicación para el desarrollo busca mecanismos de mediación que incluyen herramientas como la alteridad y la reciprocidad. El establecimiento mediante el intercambio de ideas logrará un cambio social en cualquier tipo de comunidad que la tome como suya.

La comunicación para el desarrollo emplea iniciativas, en base a la planificación para intervenir en una comunidad y hacer de esta participativa en beneficio de la comunidad misma. Sin embargo a este tipo de comunicación se le suma un componente crítico de toda iniciativa de desarrollo. Puesto que o todas involucran los conocimientos culturales, tradicionales de la gente o ignoran su contexto de vida asumiendo modelos de desarrollo ajenos a ellos.

La comunicación para el cambio social es un proceso de diálogo y debate. Rechaza los modelos de comunicaciones verticales, masivas y tradicionales, lo que implica apoyarse en el modelo horizontal que sostiene la comunicación comunitaria. Es decir que mediante este modelo fomenta el fortalecimiento comunitario. Por consiguiente hace valer a la comunicación participativa, como herramienta principal para el cambio.

El cambio social radica en que los sujetos sean los principales protagonistas de su propio cambio y sean partícipes activos en la toma de decisiones en una sociedad determinada. Así que es fundamental tener en cuenta que la o las comunidades sean quienes lideran las iniciativas de proyectos sociales a pesar de que ellas no las hubieran generado. Es por

ello que la iniciativa debe formar parte de la vida cotidiana de la comunidad, puesto que la apropiación comunitaria es el tema relevante de cualquier tipo de cambio.

La dinámica de las luchas sociales y del desarrollo social se enmarca en un proceso, acompañado por componentes de comunicación que están sujetos a las mismas influencias positivas y negativas de un proyecto. Según Alfonso Gumucio Dagron establece que:

La comunicación, en general, ha sido por mucho tiempo marginada de los proyectos de desarrollo, y aún lo es. Incluso cuando las organizaciones para el desarrollo admiten que los beneficiarios deben ser involucrados, no logran comprender que sin la comunicación no puede establecerse un diálogo permanente con las comunidades. (Dagron, 2001, pág. 10).

La Teoría de la Acción Comunicativa de Jurgen Habermas, es una de las teorías que se basa en la comunicación para el cambio social. Propone un análisis social desde la comunicación. Aquí se afirma que son los sujetos con la capacidad de lenguaje y de acción de cambiar cualquier tipo de estructura. Es decir que con la acción los seres humanos son los actores de cambiar su realidad para un verdadero cambio social.

Según la revista Razón y Palabra (2011) sostiene que el autor Jurgen Habermas “...analiza las condiciones de la racionalidad de la acción social a partir de la interacción basada en el uso del lenguaje, apoyado en el principio de que la razón subyacente en la

acción de los sujetos es una propiedad de las estructuras de comunicación, más no de los individuos por sí solos.” (pág. 12)

Dichos cambios se manifiestan en la utilización de la comunicación. La comunicación en este sentido como un proceso que permite la acción orientada al entendimiento. La comunicación enfocada a la reflexión para dicho entendimiento. La acción comunicativa se base en el entendimiento que es visto como un acuerdo racional, es decir sin perder la objetividad de las partes involucradas.

La comunicación para el cambio social, se sustenta en el diálogo, que permite a los sujetos decidir lo que son, lo que desean y cómo pueden llegar a su fin. El cambio social es un cambio en la vida de un grupo social, según los criterios y parámetros establecidos por el propio grupo. Lo importante no es el comportamiento individual, sino en los contextos sociales, políticos y culturales. Carlos del Valle enfatiza que:

La comunicación para el cambio social, que parece ser la más reciente de las denominaciones, se sustenta en cinco características: (1) participación comunitaria y apropiación, (2) lengua y pertenencia cultural, (3) generación y contenidos locales, (4) uso de tecnología apropiada, y (5) convergencia y redes.
(del Valle, 2007, pág. 126)

1.4 COMUNICACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En primer lugar es necesario conocer los conceptos de salud sexual y reproductiva. Entender que estas variables constituyen un conjunto integral y complementario de medidas que pueden lograr un empoderamiento de los saberes para un cambio social.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud sexual como:

Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud. (OMS, 2002, pág. 1)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene que la salud sexual es "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad." (OPS, 2000, pág. 1)

Para el Centro Ecuatoriano de Desarrollo y Estudios Alternativos (CEDEAL) sostiene que la salud reproductiva es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear; es la libertad de decidir tener o no relaciones sexuales, cuándo y con qué frecuencia. En esta medida la salud reproductiva considera que los hombres y las mujeres tienen relación con el cuidado y el uso de sus aparatos reproductores.

Al igual que la salud sexual, la salud reproductiva se la concibe como:

Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. (OMS, 1994)

Tanto la salud sexual como la reproductiva tienen un denominador común vinculado esencialmente a los derechos. Es decir que los seres humanos tienen derecho a tomar decisiones con respecto al número de hijos y sobre todo a recibir atención e información adecuada sobre su sexualidad. Por ende, se involucran parámetros integradores de modo que los seres humanos logren un bienestar físico y emocional en pro de una mejor calidad de vida.

La comunicación en salud sexual y reproductiva ocupa dos ámbitos fundamentales. El primero de ellos se dirige a la comunicación dentro de los vínculos sentimentales o familiares que busca una comprensión de los temas sexuales sin perjuicio alguno. Por otro lado, la responsabilidad social que tiene la comunicación a través de los diversos medios de generar estrategias para mejorar y formar procesos preventivos de salud.

Como establece José Luis Sureda, en relación a la comunicación dentro de la pareja, la comunicación sexual, es uno de los elementos más importantes para lograr la plenitud

sexual, cuando esta se sustenta en el diálogo y el mutuo interés en las necesidades de la pareja.

Sureda establece que la falta de comunicación es uno de los motivos por los que aparecen problemas de tipo sexuales. En este punto las confrontaciones, las apatías, las incompatibilidades y sobre todo la comprensión en pareja se evidencian en ritmos acelerados. Por esta razón evidentemente una mala comunicación sexual produce a su vez una mala comunicación en general y con ellos en todos los aspectos de la vida humana. El diálogo y la reciprocidad, es decir ponerse en los zapatos del otro u otra evita este tipo de problemas.

Sin embargo, existen otras instancias que producen que las parejas no quieran o eviten hablar sobre su sexualidad. La cultura, la educación y las formas de vida intervienen directamente en la convivencia de pareja, especialmente si hablamos de la vida sexual. Como bien establece Sureda el machismo por ejemplo, determina que los hombres sean los que predominen completamente el acto sexual. Cuando hablamos de relaciones de poder, el hombre es quien culturalmente ha sido el que tiene la razón y el único conocedor de todo lo que implica la sexualidad, ignorando y hasta desprestigiando los conocimientos que la mujer puede adquirir sobre la sexualidad a lo largo de su vida.

Por ende, la comunicación y la sexualidad brinda pautas para que tanto el hombre y la mujer sean quienes disfruten del plano sexual. En este punto CEDEAL considera que la importancia de mirar con visión de género constituye una importante herramienta para

que la equidad de pensamientos y prácticas sociales sean quienes cambien actitudes machistas aún inmersas en la sociedad.

La perspectiva de género valora el papel de las mujeres como parte integral de todas las estrategias para lograr una sociedad más justa. Es decir que el aporte social, cultural y económico de las mujeres desarrollará medidas igualitarias en prácticas sociales. Es decir que las mujeres toman terreno en expresar sin miedo lo que sientan, piensen y sobre todo ser dueñas de cómo y cuándo manejar su vida sexual.

En otro ámbito, la comunicación en salud sexual y reproductiva establece que todas las personas sin importar distinción alguna, sean parte en la difusión de información objetiva. A su vez en la socialización de los derechos sexuales y reproductivos, a través de los medios de comunicación tradicionales y/o digitales o de las instituciones que brindan algún aporte en beneficio de la salud preventiva.

Lo que significa que los medios tienen la responsabilidad de democratizar la información. Además de ello ser uno de los impulsores de la investigación a lo que se refiere la sexualidad de los seres humanos. Estas medidas logran que las políticas gubernamentales se enfoquen a brindar sistemas de salud eficientes e impulsen políticas de salud preventivas. El desarrollo de investigaciones que muestren las condiciones reales del estado de la salud de un país logra captar la atención y discusión en el ámbito público y privado.

CAPÍTULO 2. HABLAR DE SEXUALIDAD

2.1 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y reproductivos son producto de un sin número de iniciativas tanto nacionales como internacionales en el reconocimiento de los derechos. Estos tuvieron un proceso legal como parte de los Derechos Humanos.

La discusión de estos derechos se desarrolló en los Planes de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo de 1994. La declaración de los derechos sexuales y reproductivos fue aprobada en la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, en el 14º Congreso mundial de Sexología en Hongkong, República Popular China de 1999.

También hubo un gran avance en la IV Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Beijing del 2005 de la ONU (Organización de las Naciones Unidas) sobre la salud sexual y reproductiva, medida que impulsó el reconocimiento de los derechos y en las prácticas de sanidad.

Los Derechos sexuales y reproductivos son medidas internacionalmente reconocidas que garantizan el desarrollo libre, sano, seguro, satisfactorio de la vida sexual y reproductiva. Se basa en la dignidad humana y la libertad de las personas de decidir acerca del ejercicio de su sexualidad y reproducción. (UNFPA, 1994, pág. 25)

El Ecuador tuvo un primer avance en este tema, gracias a la lucha de los movimientos de mujeres como el CONAMU (Consejo Nacional de Mujeres), la movilización indígena que colocó el tema de la diversidad y el de las mujeres en la equidad de género. Así como los grupos GLBTI (gay, lesbianas, bisexuales, travestis e intersexo) que tomaron iniciativa para plantear parámetros legales en el uso y el derecho a la sexualidad libre y responsable.

Las comisarías de la mujer creadas con la ley contra la violencia de la mujer y a la familia en 1994, fue uno de los primeros pasos en el realce de estos derechos en la perspectiva de género. Al hablar de perspectiva de género nos referimos a eliminar la inequidad y la desigualdad. Lo que busca el enfoque de género es establecer una igualdad de derechos tanto de hombres como de mujeres a fin de que alcancen mejores condiciones de vida y mayores oportunidades.

En este mismo año se crea La ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, que luego fueron reformadas en la constitución del 98. Esta ley garantiza la reducción de la muerte materno-infantil. Además otorga el derecho a la salud sexual y reproductiva y garantizar los derechos de los niños y niñas.

En el año 1997 se despenalizó en el código penal la homosexualidad. El Art. 516, inciso primero de la norma, señalaba que “las relaciones homosexuales consentidas entre adultos serán castigadas con reclusión de cuatro a ocho años.”

Para 1998, la Constitución de la República del Ecuador reconoce la no discriminación por orientación sexual. Art. 23. Numeral 3. “Sin perjuicio de los derechos establecidos en esta Constitución y en los instrumentos internacionales vigentes, el Estado reconocerá y garantizará a las personas los siguientes: La igualdad ante la ley. Todas las personas serán consideradas iguales y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades, sin discriminación en razón de nacimiento, edad, sexo, etnia, color, origen social, idioma; religión, filiación política, posición, económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad, o diferencia de cualquier otra índole.”

Gracias a este tipo de reconocimientos internacionales y los avances de la constitución de 1998 junto con la creación de leyes que garantizan el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos. En este mismo año el Art. 32 de la Constitución se crea que establece el deber de proteger a la familia como célula fundamental de la sociedad, garantizándole las condiciones morales, culturales y económicas que favorezcan la consecución de sus fines, y protege el matrimonio, la maternidad y el haber familiar.

Bajo este artículo se crea la Ley Sobre Educación de la Sexualidad y el Amor. Esta ley “Determina que la educación en sexualidad será un eje transversal de planes y programas de estudio de toso los niveles educativos, para promover a los y las jóvenes información científica y de calidad sobre salud sexual y reproductiva que les permita prevenir embarazos precoces, violencia sexual e infecciones de trasmisión sexual, para que no

pongan en riesgo sus proyectos de vida.” (Cartilla de Educación Comunitaria, CEDEAL, 2008, pág. 57)

En el 2002, el Congreso Nacional aprueba el Código de la Niñez y Adolescencia tiene como finalidad garantizar un desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador. Brinda y asegura el acceso a la salud pública sin distinción alguna, protegiendo tanto a las madres como a los hijos/as al control de la salud.

Finalmente en el año 2008, la nueva constitución del país considera nuevos aspectos en el tema de los derechos sexuales y reproductivos. Los fundamentos legales en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

Es importante tener en cuenta que el ejercicio de los derechos está ligado a los tratados internacionales y a las normas nacionales que reconocen y garantizan dichos derechos en el Estado Ecuatoriano.

Esta normativa legal, anuncia y promueve a todas las personas sin discriminación alguna a decidir libre y voluntariamente sobre su sexualidad. Reconoce la dignidad humana ante cualquier situación dando medidas de protección como el acceso a la salud y la promoción de una educación integral en el plano sexual y reproductivo.

Es por ello que si no conocemos nuestros derechos no podemos ejercerlos. Muchas veces el desconocimiento de estos lleva a tomar malas decisiones y, en el peor de los casos, ejercer su sexualidad en un ambiente de violencia.

2.2 EDUCACIÓN SEXUAL

Educar no es solamente la trasmisión de información o conocimiento de una persona a otra. La educación va mucho más allá. Si estamos hablando de educación sexual nos referimos a informar y transmitir valores. Tomar en cuenta a todas las personas y educar en sexualidad para que aprendan a conocerla, cuidarla, vivirla y respetarla.

No solamente se debe educar a los jóvenes sino también a los padres y madres, pues ellos y ellas son el elemento más importante en la educación sexual. Es necesario que los padres y madres de familia establezcan vínculos de confianza en el tema de la sexualidad. Lo que implica la abertura al diálogo, la comprensión, el entendimiento y sobre todo brindar a sus hijos la afectividad necesaria para que estos parámetros se logren eficazmente.

Boix, Frederic señala que:

La educación sexual es el conjunto de aprendizajes que permiten el buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación con las otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, consiguiendo altos niveles de

espontaneidad y comunicación, y también de respeto y estima. (Boix, 1976, pág. 116)

Las bases principales de la educación sexual deben sentarse en la familia, que ofrece las herramientas necesarias para el desarrollo de los seres humanos con los demás. Según la campaña “Habla Serio, Sexualidad sin misterio” 9 de cada 10 adolescentes en el Ecuador quisieran haber recibido información de sexualidad en sus hogares.

La escuela es también responsable de la educación sexual que debe ser la continuación de lo que informa la familia. En los centros educativos las explicaciones a los temas sexuales deben ser objetivas. Lo que implica brindar las condiciones necesarias para que los jóvenes tomen conciencia de todo lo que implica la sexualidad.

Es decir, debe ser vista como un complemento en todo el ámbito académico, impartir los valores y la educación sexual involucra a un grupo humanos como son los maestros/as, padres y madres de familia, médicos, psicólogos/as, etc.

La educación sexual es un conjunto integral de conocimientos y saberes que tienen como fin evitar que los seres humanos, especialmente los y las adolescentes reciban sus primeras informaciones sexuales por parte de sus amigos, quienes en muchos casos, solo anuncian mitos y estereotipos de la genitalidad sobre el desconocimiento de lo que implica la planificación familiar.

2.3 LA SEXUALIDAD

Según la Organización Mundial de la Salud sostiene lo siguiente:

La sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006, pág. 3)

La sexualidad debe ser entendida más allá de la genitalidad. Involucra aspectos biológicos y psicológicos, por los cuales los seres humanos nos identificamos ya sea como hombre y mujer. La sexualidad tiene que ver con manifestaciones que cada persona expresa consigo mismo y con los demás. Por este motivo, varias organizaciones sociales y gubernamentales, han sostenido que los seres humanos somos sexuales desde que nacemos hasta el fin de nuestros días.

Para el Centro Ecuatoriano de Desarrollo y Estudios Alternativos (CEDEAL), a través de su documento “Mujer conoce tus Derechos” establece que la expresión de la

sexualidad se produce en prácticas o actividades reguladas por las normas, las actividades y los valores sociales y culturales, que manifiestan las expresiones de la sexualidad, de acuerdo a cada etapa de la vida.

Al igual que la comunicación, la sexualidad es un proceso interactivo que produce sentido, y es este el que construye diferentes tipos de género y la identidad. Los besos, las caricias, las miradas, los gustos, las decisiones y hasta la forma de pensar son las prácticas cotidianas que establecen las expresiones sexuales de cada sujeto.

2.3.1 Dimensiones de la sexualidad

Existen algunos principios y factores que determinan las dimensiones de la sexualidad. En el Documento “Mujer conoce tus Derechos” del CEDEAL, presenta el siguiente cuadro.

Tabla 1

Dimensiones de la sexualidad

Dimensión Biológica	Concepto
Nuestro cuerpo es la base de la dimensión biológica en el desarrollo de la sexualidad.	Se refiere a los factores anatómicos fundamentados, en las diferencias de los órganos genitales internos y externos entre hombres y mujeres y, los factores fisiológicos motivados por el funcionamiento del aparato reproductor de cada una de las personas.
Dimensión Psicológica	
Los procesos psicológicos se relacionan e interactúan con la dimensión biológica y la socio-cultural.	Se refiere a las emociones, motivaciones y afectos; son las formas de comportamiento, conocimiento y de personalidad que intervienen en la estructuración de la sexualidad y que corresponden al desempeño de papeles sexuales socialmente aceptados.
Dimensión Socio-Cultural	
Los ritos, los mitos, los imaginarios sociales, las normas, los roles, los estereotipos sexuales son parte de la dimensión socio-cultural.	Se relaciona con los procesos y fenómenos sociales, culturales y políticos que contribuyen al aprendizaje social de vivir la sexualidad y, actúan sobre el ser hombre o ser mujer.
Dimensión Ético-Legal	
Los derechos sexuales y reproductivos en el marco de los Derechos Humanos son la base de la dimensión ético-legal.	Se relaciona con las leyes, las normas de ética y los valores establecidos socialmente para regular el comportamiento sexual. Tiene un papel importante en la convivencia social y determina lo que se debe o no hacer, lo que se considera aceptado, censurado o prohibido por la sociedad.

(CEDEAL, 2011, pág. 6)

2.3.2 FUNCIONES DE LA SEXUALIDAD

Bajo los siguientes parámetros, cada persona cuenta con varias maneras de manifestar su sexualidad formando un conjunto integral de procesos expresivos y representativos. El

CEDEAL y la página web de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios” establecen las siguientes funciones:

Tabla 2

Funciones de la sexualidad

Función Erótica-Placentera	Concepto
Erotismo es el goce y placer sexual y sensual a través de todos los sentidos.	La satisfacción de los deseos sexuales es importante en la realización humana de las personas. Contribuye al bienestar individual, al enriquecimiento de la personalidad y al desarrollo del vínculo con los otros y otras. En ocasiones las personas no viven, sino que sufren la sexualidad, situación que se da cuando la información sobre educación sexual ha tenido un enfoque negativo, o han existido experiencias dolorosas en la vida.
Función Reproductiva-Procreativa	
Esta función requiere de condiciones personales, afectivas y emocionales; sociales, culturales y económicas para decidir ser padre o madre.	La función reproductiva de la sexualidad permite perpetuar la especie humana. Procrear también tiene una función social, psicológica y trascendental. El procrear satisface la necesidad de crear juntos un nuevo ser, y criarlo de manera positiva y responsablemente.
Función Comunicativa	
La comunicación nos permite compartir afecto con otros seres humanos. Enamorarnos y tener relaciones amorosas, armoniza y equilibra nuestra vida.	Se relaciona con los procesos y fenómenos sociales, culturales y políticos que contribuyen al aprendizaje social de vivir la sexualidad y, actúan sobre el ser hombre o ser mujer.
Afectiva	
Dentro de esta función se establecen los vínculos afectivos dentro los seres humanos.	La capacidad de amar constituye un componente eminentemente humano y es un elemento sustantivo en la trascendencia del vínculo con los demás y consigo mismo lo cual se traduce en la autoestima.
Creativa	
Los seres humanos desarrollan diversas manifestaciones de expresar el sentido de la sexualidad.	Como fuente de expresión integral de las personas, potencia la capacidad de creación, en la que intervienen elementos estéticos y lúdicos.
Ética	
Se sustenta con la dimensión ético-legal. Se establecen los principios consecuentes de los derechos que contextualizan cada cultura.	Se define a partir de una dialéctica de valores sustentada en los derechos Humanos.

(CEDEAL, 2011, pág. 7) (ENIPLA, 2011)

2.3.3 Los mitos de la sexualidad

Según el Diccionario Enciclopédico Universal AULA, señala que el mito corresponde a una particularidad de la fábula, la historia heroica o los tiempos fabulosos, que deja entrever una generalidad histórica, física, religiosa o filosófica. Es decir que el mito se sustenta en historias o experiencias no comprobadas creadas por la mente humana construida de generación en generación.

Con la conceptualización del mito podemos adentrarnos a lo que implica los mitos dentro de la sexualidad humana. En primer lugar se han generado por factores socio-culturales. Son el conjunto de opiniones, criterios y creencias no sustentados objetivamente fruto del prejuicio social de cada época.

Los mitos de la sexualidad se basan principalmente en el machismo y la falta de conocimiento como señala el CEDEAL y la página de la campaña. Es por ello que, como resaltamos anteriormente, es importante mirar con perspectiva de género para resaltar un papel más equitativo dentro de la sociedad. Además de ello permite una igualdad en el conociendo entre las personas, así como también, una adecuada información inerte al tema de los derechos.

Los mitos se ven reflejados en los estereotipos, que “son las ideas, prejuicios y opiniones establecidas e impuestas por el medio social y cultural, que se aplican en forma general a todas las personas según el sexo y, comúnmente, son aceptados por un grupo social.” (CEDEAL, 2011, pág. 14)

Por ejemplo, se cree que los hombres al expresar su emotividad son personas débiles que no tiene masculinidad, pues ese tipo de expresiones son solo para las mujeres. A la vez, las mujeres no son vistas como personas fuertes, luchadoras o libres pues la sanción social que reciben contienen una carga simbólica que las enjuicia.

Es necesario tener en cuenta que los estereotipos emergen de las relaciones de poder. Desde hace varios siglos atrás, los hombres han tenido el poder de decidir ante la sociedad y las mujeres impuestas a esas condiciones. Es decir, los hombres superiores a las mujeres. En el siguiente cuadro se muestran los estereotipos sociales que se les asigna a los hombres y a las mujeres.

Tabla 3

Mitos de la sexualidad

Actitudes		
Comportamientos	Si es hombre se dice:	Si es mujer se dice:
Activa	Inquieto	Nerviosa
Insistente	Tenaz	Terca e impertinente
Desenvuelta	Seguro de sí mismo	Curiosa, voluntariosa
Extrovertida	Orador, comunicativo	Metida, Chismosa
Si se defiende	Muy hombre	Agresiva, machona
Si no se somete	Firme, fuerte	Mandona, intratable
Si quiere superarse	Vencedor, triunfador	Ambiciosa, oportunista
Si cambia de opinión	Reconoce sus errores	Inestable
Emotividades		
Sensible	Maricón, sensiblero	Delicada, femenina
Obediente	Débil, arrastrado, mandarina	Dócil, sumisa
Emotiva	Llorón	Sentimental
Prudente	Cobarde	Recatada
Inocente	Tonto	Ingenua

(CEDEAL, 2011, pág. 15)

En el tema de los mitos sexuales agrupa a dos tipos de criterios. Uno se sitúa en el tema de la prevención del embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. El otro se relaciona al desconociendo de los derechos sexuales de las mujeres.

- En la primera relación sexual, las mujeres no se pueden quedar embarazadas.

Este mito ha sido uno de los responsables de los embarazos no deseados. La mujer en edad fértil puede concebir en la primera relación sexual, ya que los espermatozoides quedan depositados en el interior de la vagina de la mujer, por lo cual, es muy probable un embarazo, más aún cuando la mujer o el hombre no han tomado precaución. Diversos estudios científicos han demostrado que los espermatozoides pueden ser muy resistentes a la mucosa cervical y pueden vivir dentro de esta hasta pasadas las 72 horas.

Además es muy importante saber que las enfermedades de transmisión sexual también se producen en la primera relación sexual porque los flujos y secreciones tanto del hombre como de la mujer se juntan y el virus entra en contacto inmediato.

- La utilización de los métodos anticonceptivos causan infertilidad y cáncer.

El avance tecnológico ha desarrollado métodos anticonceptivo con menos efectos secundarios, menos riesgos en el cuerpo y más seguros. Las hormonas de los anticonceptivos hacen que la mujer impida la ovulación, es decir no tenga periodo fértil para evitar la concepción. Estas hormonas están encaminadas para cumplir esa función específica. Meses después de haber suspendido el método, la mujer logrará embarazarse.

Si en caso hubiera infertilidad, esa condición está determinada por causas fisiológicas que tienen que ser revisadas por un especialista.

La presencia de cáncer no tiene relación con los anticonceptivos hormonales. Gracias al desarrollo de la medicina, los anticonceptivos tienen menos tendencia de causar células malignas, a menos de que la mujer presente una disposición fisiológica o genética a contraer la enfermedad y que con el uso de hormonas provoque el apareamiento de esta causa.

- Con la práctica del coito interrumpido se evita la concepción

Es totalmente falsa esa creencia. La excitación del hombre provoca la lubricación del pene que contiene millones de espermatozoides que pueden procrear una nueva vida. Además una pequeña cantidad de semen podría ser suficiente para un embarazo.

- Las duchas vaginales después de una relación sexual son un método anticonceptivo.

Las duchas vaginales no son un método anticipativo pues no impiden la ovulación y sobre todo no matan a los espermatozoides. Se la puede utilizar como una herramienta de aseo pero eso no impedirá sacar del conducto vaginal a los espermatozoides.

- La masturbación causa enfermedades.

No hay ninguna sustentación científica en ello. La masturbación o el autoerotismo es una manifestación que expresa una parte de la sexualidad consigo mismo. Las enfermedades que manifiesta el cuerpo son causadas por otro tipo de factores ajenos a la masturbación como el entorno, la alimentación, el factor hereditario, el uso de sustancias estupefacientes, malos hábitos de aseo, etc.

- El VIH/SIDA se contagia a través del contacto físico (saludos, abrazos, caricias). Solo lo tienen las prostitutas y los homosexuales.

El virus del VIH solo se puede adquirir por los fluidos corporales del cuerpo como la sangre, el semen, el moco cervical y las secreciones que emiten los genitales de hombre y mujer. El contagio se produce por medio de las relaciones sexuales o la utilización de herramientas que contenga estos fluidos.

El contagio del VIH lo puede contraer cualquier tipo de persona sin importar origen, estatus social, condición económica, preferencias, etc. En la actualidad las amas de casa son un grupo vulnerable a contraer el virus, puesto que sus parejas tienen una vida sexual con diferentes personas y llevan el virus a sus hogares, es decir a sus esposas. Tanto los homosexuales como las prostitutas en décadas pasadas portaban el virus con muchas más incidencias. Sin embargo las campañas y el control del virus por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) han hecho que estos grupos obtengan una mayor

protección y mejor información para la prevención. Hoy en día se sabe que hay menos contagio del virus en las prostitutas y homosexuales, y que se reportan más casos en los centros de salud por parte de amas de casa o mujeres que han tenido una sola pareja.

Como ya mencionamos anteriormente se han creado mitos a partir del desconocimiento de los derechos sexuales de las mujeres. El machismo es la base que rige a todos los parámetros que veremos a continuación.

- Las mujeres que usan métodos anticonceptivos tienen más disposición a tener relaciones sexuales con varias parejas.

Desde la creación de los métodos anticonceptivos las mujeres han podido decidir cuándo y cuántos hijos tener. En décadas pasadas, cuando no existía la planificación familiar, los esposos no permitían a sus esposas optar por un método anticonceptivo, puesto que ello iba a provocar la infidelidad de la mujer. Los métodos eran vistos como una herramienta de libertinaje sexual. Por ello el número de hijos era muy grande hace cincuenta años atrás y mucho más adelante. Sin embargo en el contexto actual, tanto las mujeres y los hombres optan por los métodos anticonceptivos dentro de la planificación familiar para brindar una mejor calidad de vida a sus familias.

- Hablar de sexualidad es promover a que los jóvenes tengan relaciones sexuales

“Algunas personas afirman que al hablar de sexualidad o de anticoncepción, se podía estimular a los jóvenes a tener relaciones sexuales. En realidad, lo que ocurre es lo contrario. Al hablar de estos temas, los estamos protegiendo.” (ENIPLA, 2011, pág. 1)

La falta de información, provoca que los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual eleven su incremento. Hablar de sexualidad no es hablar de sexo, más bien la sexualidad implica un conjunto integral de aristas que nos hacen ser quien somos. Tener herramientas suficientes de información hará que los jóvenes elijan mejor a sus parejas y desarrollen sus planes de vida.

Los padres y las madres no hablan de sexualidad con sus hijos porque consideran que en el colegio ya les hablan de esos temas. Los padres y madres de familia se han criado con muchos estereotipos frente al tema ya que sus padres tampoco hablaron con ellos. Por ello tienen la falsa idea de evitar tocar el tema, sin embargo provocan los problemas sociales que ya se anunció anteriormente.

- Las mujeres que conocen de temas sexuales son prostitutas

Ha sido muy común escuchar que las mujeres no deben ni pueden hablar de temas sexuales. Esto implica que la sociedad y la cultura promueven al hombre de ser quien

manifieste su sexualidad sin temor alguno. El hombre es el que lleva a la mujer, es él quien tiene el poder y el conocimiento para decidir en la vida de ella.

Las mujeres no pueden expresar su sexualidad con total libertad porque la consideran una prostituta. Por ejemplo, cuando una joven habla con su familia de temas relacionados al sexo la reprenden en su totalidad. En otro caso cuando la mujer quiere tomar la iniciativa en el plano sexual con su pareja, él le dice que de dónde aprendió esas cosas puesto que esos temas solo saben las prostitutas o las “putas”. La carga simbólica de llamar a la mujer “puta” trasciende completamente su plano psicológico y afectivo. Baja la autoestima de las mujeres por lo que se produce un sometimiento al hombre bajo cualquier condición. Desde este punto se produce la violencia sexual. Benítez, Mereles, Roa (1996) sostienen que:

Las creencias culturales promueven el ejercicio de la violencia y complementariamente, en la mujer conductas de sumisión en las relaciones de pareja, esto incide negativamente en la iniciación sexual de las adolescentes que se da en contextos de abuso y violencia. (pág. 73)

- El hombre que tiene muchas parejas sexuales es mucho más hombre

Es de conociendo popular, dentro de nuestra cultura latinoamericana, que la iniciación sexual del varón se la efectúa con las prostitutas, es decir, con las llamadas mujeres de experiencia. Según el libro "Ahora ya saben todo": Vivencias de la Sexualidad de las Adolescentes, los hombres eligen en la mayoría de los casos a sus primeras parejas sexuales. En cambio las mujeres han tenido su iniciación sexual por dos formas. La

primera se ha desarrollado por condiciones de abuso y violencia sexual a temprana edad. La otra por el enamoramiento, en símbolo de amor le ofrece la virginidad a su pareja.

Evidentemente los hombres tienen que mostrarse ante el mismo sexo como personas con gran experiencia sexual. Dicha experiencia relacionada con varias mujeres.

Este mito es una falsa creencia de lo que implica la masculinidad. El valor masculino se refleja por la responsabilidad y el respeto con que el hombre vive su sexualidad. Es importante entender que el acto sexual es un acto de mutuo acuerdo, donde se manifiesta los sentimientos de afectividad. El tener relaciones sexuales sin responsabilidad alguna tomándolo como herramienta de goce, implica que haya más propagación de enfermedades de transmisión sexual y un desequilibrio emocional.

- Las mujeres son las únicas responsables de quedarse embarazadas

Como señala el libro "Ahora ya saben todo": Vivencias de la Sexualidad de las Adolescentes, existió un condicionamiento social y cultural en el sentido de que la joven se imagina o pretende formar una relación estable con su pareja. El hombre solo la distingue como una experiencia más en su vida sexual. En la mayoría de los casos, el hombre no pretende formar un hogar o establecer una futura relación, solo vive el momento. Los hombres creen que el embarazo es solo cuestión de mujeres.

Las mujeres al quedarse embarazadas sin estar casadas tienen el miedo de que el hombre no asuma su responsabilidad y en muchos casos las abandonan al saber la

noticia. Según el libro "Ahora ya saben todo": Vivencias de la Sexualidad de las Adolescentes esto ocurre porque erróneamente se cree que el proceso de la gestación se desarrolla dentro del cuerpo de la mujer y son ellas las únicas que tienen esa vivencia. Sin embargo el proceso de gestación está acompañado de factores externos y a la vez internos, lo que implica que el medio donde vive la madre, también afecta el crecimiento del feto.

El embarazo es cuestión de dos. Para que se produzca, se necesita un óvulo y de un espermatozoide. La responsabilidad del embarazo es de un hombre y una mujer. Pero las mujeres han asumido esta responsabilidad sin necesariamente estar acompañadas de sus parejas. Para los hombres les causa temor enfrentar la situación y prefieren no hacerlo por la responsabilidad que implica.

2.3.4 Las relaciones sexuales

Las relaciones sexuales son una de las formas que tiene los seres humanos de expresar su sexualidad. Según la página de la campaña "Habla serio, sexualidad sin Misterios se refiere a la acción sexual, como al acto sexual que se lo ve como: "...una forma más de expresar y de vivir la sexualidad. Se trata de los comportamientos eróticos en el encuentro entre dos o más personas en los que suele estar incluido el coito (la penetración del pene en la vagina o en el ano). Es disfrutar de un encuentro corporal y psíquico con otra persona, que puede tener o no como objetivo la fecundación (el embarazo), y es un comportamiento sexual que permite también expresar afecto. Cuando

las relaciones sexuales son decididas sin presiones ni manipulación generan mucho placer.” (ENIPLA, 2011, pág. 1)

Las relaciones sexuales forman comportamientos íntimos e integrales con él o la otra persona que pueden llegar a constituirse una importante fuente de bienestar y satisfacción. Es decir, que si se la práctica dentro de lo que establecen los derechos y con responsabilidad, puede significar motivo de gran enriquecimiento personal.

2.4 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (en esta nota se aborda solo la anticoncepción). (OMS, 2013, pág.1)

La planificación recoge un conjunto de parámetros utilizados por las personas en edad reproductiva para obtener un control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos dentro de las relaciones sexuales. Estas medidas logran que las parejas puedan planificar los hijos e hijas que quisieran tener basándose en su contexto social, cultural y económico para brindarles a los miembros de su familia estabilidad y mejorar su condición de vida.

El Ecuador ha desarrollado medidas para evitar el embarazo precoz y no deseado, además de la prevención de enfermedades de transmisión sexual. En el año 2011 crea la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (ENIPLA) que tiene como fin, reducir la brecha entre embarazos deseados y la mortalidad materna, además de disminuir el porcentaje de embarazos en adolescentes a nivel nacional.

2.5 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Existen dos tipos de métodos anticonceptivos: los métodos temporales y los definitivos quirúrgicos.

En los Métodos Temporales tenemos los siguientes:

Métodos temporales hormonales combinados: Este método es una tableta diaria que contiene dos hormonas, progestágeno y un estrógeno, las cuales son hormonas muy parecidas a las que produce el cuerpo. La tableta se debe tomar todos los días se tenga o no relaciones sexuales, ya que evita la ovulación y espesa el moco cervical en la mujer por lo cual impide el embarazo.

La tableta puede ser usada por todas las mujeres en edad reproductiva. Se la debe tomar diariamente por un periodo de 21 o 28 días dependiendo de la presentación. Su efectividad es de 99%

Anticonceptivos inyectables combinados:

Es un anticonceptivo inyectable intramuscular que viene en dos presentaciones y debe ser usado una vez cada cuatro semanas. Debe ser usado por primera vez en la mujer el primer día de la menstruación, o en tal caso los primeros siete días de haber iniciado la misma, a los 21 días del posparto si no está en la lactancia, a las seis semanas luego del postparto si la lactancia es parcial y, a los seis meses luego del posparto si la lactancia es exclusiva.

Favorecen la privacidad, nadie sabe si la mujer utilizando algún anticonceptivo, disminuye el sangrado menstrual y no produce infertilidad.

Parche trasdérmico

Debe ser aplicado idealmente el primer día de la menstruación. Son tres parches por cada ciclo, se debe colocar uno por semana y es necesario enseñar a la mujer como aplicarlo: el parche en la parte superior del brazo, la espalda, abdomen, o nalgas asegurándose que el área este limpia y seca para asegurar que el parche se adhiera correctamente. El parche no se despega en ninguna actividad física incluyendo la acuática.

También se puede aplicar dentro de los primeros siete días de haber iniciado la menstruación a los 21 días del posparto si no está en la lactancia, a las seis semanas luego del postparto si la lactancia es parcial y, a los seis meses luego del posparto si la lactancia es exclusiva.

Anticonceptivos orales de progestina (píldora)

Son métodos anticonceptivos orales que contiene dosis muy bajas de una progestina igual a la progesterona natural presente en la mujer. No contiene estrógenos, por tanto puede ser utilizado por mujeres durante la lactancia ya que no afecta la producción de leche y puede ser utilizado por mujeres que no poder usar métodos con estrógeno. Se lo de tomar todos los días y pueden presentarse cambios en el sangrado menstrual.

Anticonceptivos inyectables

Consiste en una inyección intramuscular que contiene un progestágeno que se aplica una ampolla cada tres meses y se retorna a la fertilidad luego de suspender el método puede tardar aproximadamente nueve meses. Puede causar sangrados irregulares.

Implantes Subdérmicos

Son métodos que consisten en la colocación subdérmica de una o dos cápsulas cilíndricas plásticas que contienen un progestágeno que se libera progresivamente durante tres a cinco años que es su tiempo de uso. Deben ser colocados y retirados por el personal capacitado de salud.

Anticonceptivo oral de emergencia

Este método lo pueden utilizar mujeres de todas las edades en los cinco días posteriores a una relación sexual sin protección anticonceptiva, por mala utilización o fallo del método anticonceptivo o por ser víctima de violencia sexual. Es preferible tomarlo lo más pronto posible hasta los tres días siguientes de la relación sexual, con el fin de evitar el embarazo. Dicho método no es abortivo, ya que no interfiere en la implantación o la

evolución de un embarazo ya implantado, porque inhibe o retrasa la ovulación y provoca una alteración en el moco cervical. Además no provoca infertilidad a la mujer.

Los métodos anticonceptivos temporales intrauterinos son los siguientes:

Dispositivo intrauterino de cobre (DIU)

Es un dispositivo pequeño fabricado de polietileno en forma de T, tiene dos brazos flexibles y posee alrededor alambre de cobre. Se lo inserta por vías vaginal a través del cérvix y se lo coloca a nivel del fondo del útero, el procedimiento se lo realiza por un profesional de la salud. Posee también dos hilos que quedan al nivel de la vagina para su control y extracción.

La mujer puede colocarse el dispositivo idealmente durante los días de menstruación. Su uso puede ser por 10 años, siempre acompañado de visitas periódicas para su revisión.

Evita que el óvulo y los espermatozoides se junten. Pueden ser utilizados por mujeres que han estado embarazadas. No existe posibilidad que el dispositivo se oxide y no interfiere en las relaciones sexuales.

Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG)

Es un dispositivo de plástico en forma de T, tiene dos brazos flexibles, libera constantemente pequeñas cantidades de levonorgestrel. Se lo inserta por vía vaginal a través del cérvix y se lo coloca a nivel del fondo uterino, el procedimiento debe

realizarse por un profesional de la salud. Posee también dos hilos que quedan al nivel de la vagina para su control y su extracción.

La mujer puede colocarse el dispositivo dentro de los siete días posteriores de su menstruación y si existe certeza de que no está embarazada. Su uso puede ser por 10 años, siempre acompañado de visitas periódicas para su revisión.

Evita que el óvulo y los espermatozoides se junten y espesa el moco cervical dificultando así el paso de los espermatozoides. Pueden ser utilizados por mujeres que han estado embarazadas. No existe posibilidad que el dispositivo se oxide y no interfiere en las relaciones sexuales.

Método de amenorrea de la lactancia (MELA)

Cuando es utilizado correctamente se produce menos de un embarazo en cada 100 mujeres que utilizan el MELA en los primeros seis meses después del parto. Para que sea efectivo, se debe tomar en cuenta tres condiciones: la madre no ha vuelto a menstruar, el bebé está siendo alimentado de la leche materna durante el día y la noche y por último el bebé tiene menos de seis meses de vida.

En los métodos anticonceptivos definitivos tenemos los siguientes:

Ligadura de trompas

Es el método de anticoncepción permanente para las mujeres que no desean tener más hijos e hijas. Es un procedimiento quirúrgico donde se realiza un pequeño corte en el

abdomen para bloquear las trompas de Falopio para impedir definitivamente el encuentro del óvulo y el espermatozoide.

Pueden realizarse en cualquier momento que la mujer lo requiera, no se necesita de autorización de su pareja, familiar o profesional de la salud. Sin embargo la mujer tiene que firmar el consentimiento informado por ser un método definitivo y por ser una cirugía.

Vasectomía

Es un método de anticoncepción permanente para los hombres que no desean tener más hijos e hija. Consiste en la sección y ligadura de los conductos deferentes lo que produce que el semen eyaculado no contenga espermatozoides. No produce problemas de erección.

Tiene eficacia hasta tres meses después de la operación. El hombre debe usar condones este tiempo. Se realiza sin bisturí, a través de una punción pequeña en el escroto (envoltura que cubren a los testículos).

Puede realizarse en cualquier momento que el hombre lo desee y no se necesita autorización de su pareja, familiar o profesional de la salud. Sin embargo la mujer tiene que firmar el consentimiento informado por ser un método definitivo y por ser una cirugía.

Métodos Anticonceptivos de barrera

Debe ser usado de manera correcta en todas las relaciones sexuales, sean vaginales, orales o anales. Siempre que se lo use debe verificar la fecha de caducidad y que estén en buen estado. Se usa con lubricantes estos deben ser a base de agua y debe ser colocados por la personas o la pareja antes de una relación sexual y ser desechados al finalizar.

Preservativo masculino

También conocido como condón masculino. Es una funda de látex que se coloca en el pene del hombre. Su uso previene Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) y embarazos no deseados. Deben ser desechados después de la eyaculación en un bote de basura.

Preservativo femenino

También conocido como condón femenino. Es una funda de poliuretano que se coloca en la vagina de la mujer. Su uso previene Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) y embarazos no deseados. Debe ser desechado después de una relación sexual en un bote de basura.

2.6 DE ENFERMEDADES A INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL (ITS)

Las ETS (Enfermedades de trasmisión sexual) son enfermedades de naturaleza infecciosa o parasitaria en las que la trasmisión a través de la relación sexual tiene una importancia epidemiológica, aunque en alguna de ellas este sea el mecanismo de trasmisión, ya que también se la puede contagiar por medio de la sangre.

Sin embargo la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya no las llama enfermedades de transmisión sexual o enfermedades venéreas por la carga simbólica, evidentemente de rechazo y discriminación. Hoy en día se las llama ITS, Infecciones de Trasmisión Sexual. “Son aquellas infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual, durante las relaciones sexuales sin protección, anales, vaginales, u orales, o a través de la introducción de la lengua, los dedos u objetos como juguetes sexuales.” (Mujer conoce tus Derechos, Sexualidad y la promoción de la salud sexual y reproductiva, CEDEAL, p 25)

Las causas de estas infecciones son bacterias, virus, hongos y parásitos. Además por las secreciones corporales como el semen, la sangre, las mucosas y la leche materna. Muchas de ellas no muestran síntomas y solo un examen médico puede informar sobre alguna de estas infecciones.

2.6.1 Síntomas y signos producidos por las infecciones de transmisión sexual.

Tabla 4

Síntomas y signos producidos por las infecciones de transmisión sexual

SÍNDROME	SIGNOS/SÍNTOMAS	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
Síndrome de Úlcera	Úlcera	Sífilis, Chancro Blando, Linfogranuloma venéreo
	Úlcera + ampolla	Herpes
Síndrome de Secreción uretral	Secreción	Gonorrea, Clamidia
Síndrome de secreción vaginal	Secreción de cuello de útero: Cervicitis	Gonorrea, Clamidia
	Secreción vaginal	Candidiasis, Tricomoniasis y Vaginosis bacteriana
Síndrome de Dolor Abdominal bajo	Dolor abdominal bajo, secreción vaginal	Gonorrea, Clamidia, Tricomoniasis
Síndrome de edema de escroto	Dolor y sensación de peso de un testículo	Gonorrea, Clamidia, en ocasiones Tricomoniasis
Síndrome de bubón	Lesiones tipo bubón en zona inguinal	Linfogranuloma venéreo, Chancro blando
Síndrome de Conjuntivitis neonatal	Recién nacido con secreción ocular	Gonorrea, Clamidia

(MSP, 2011)

2.6.1.1 VIH/SIDA

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un microorganismo que debilita el sistema inmunológico, llamado también sistema de defensas y su capacidad para enfrentar a las enfermedades. El Virus es demasiado débil fuera del cuerpo humano, la exposición a altas temperaturas o a condiciones del medio ambiente es suficiente para que el virus pierda sus cualidades. Sin embargo del cuerpo humano ataca al sistema inmunológico con mucha fuerza y resistencia.

El sida es el conjunto de enfermedades en el cuerpo humano como efecto del debilitamiento del sistema inmunológico a causa de la infección por VIH. El conjunto de signos y síntomas son conocidos como Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

El virus se transmite por las relaciones sexuales in protección con una persona infectada ya sea por vía vaginal, anal y oral. También por compartir objetos cortopunzantes contaminados con sangre infectada. Además el VIH puede ser adquirido por un recién nacido durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Es necesario aclarar que el virus no se trasmite por caricias, brazos, roces de piel o besos. Tampoco compartiendo vasos, cubiertos, prendas de vestir o alimentos. Las picaduras, mordiscos o arañazos de algún animal no son factores por los cuales se trasmite el virus. En el caso de las relaciones sexuales con penetración se debe utilizar correctamente el condón o preservativo.

CAPÍTULO 3. DIAGNÓSTICO DE LA CAMPAÑA “HABLA SERIO, SEXUALIDAD SIN MISTERIOS” EN EL HOSPITAL YARUQUÍ.

3.1 APLICACIÓN OBSERVACIÓN DE CAMPO

Observación de campo

Registro de Datos

Nombre del Observador: Mariuxi Santamaría

Lugar: Hospital de Yaruquí

Hora: 9:30 am a 1:00 pm

Fecha: 16 al 28 de marzo del 2014

Ciudad: Yaruquí, parroquia rural del cantón Quito

Temática: Número de hijos en mujeres jóvenes y embarazos en adolescentes que reciben atención médica en el hospital.

Descripción

La gran mayoría de personas que se hacen atender en el hospital son mujeres en edad reproductiva. Los hombres que se encuentran en el hospital les acompañan a sus familiares o en caso de requerir atención medica son muy pocos.

La consulta externa en pediatría, ginecología y obstetricia son las más concurridas. Los motivos de la consulta son para hacer atender a sus hijos infantes, por controles de embarazo, planificación familiar y temas relacionados con su aparato reproductor femenino.

La sala de espera de pediatría siempre luce llena con niños desde los 0 hasta los 6 años de edad. A lo largo de los corredores del hospital en los cuales las pacientes esperan para ser atendidas, vemos que muchas de ellas son jóvenes y tienen más de un hijo. Además algunas de ellas están embarazadas o se encuentran dando de lactar. Así mismo existe un alto nivel de adolescentes embarazadas esperando ser atendidas en el área de obstetricia. En algunos casos se puede observar que existen madres de familia con más de dos niños, embarazadas y dando de lactar, es decir, hay mujeres jóvenes en edad reproductiva que tienen más de tres niños pequeños que oscilan entre los 0 hasta los 10 años de edad.

Cabe recalcar que desde las 8:00 hasta la 13:00 el hospital se encuentra completamente lleno. De lunes a jueves existe gran afluencia de personas pero los viernes disminuye sustancialmente.

Interpretación

En el hospital la principal atención se centra en estas especialidades por la gran demanda que existen por parte de la población. El sexo femenino asume la responsabilidad del cuidado de la salud y de la atención médica más que los hombres. Las mujeres que acuden al hospital hacen atender a sus hijos pequeños. Es por ello que en todo el hospital un gran número de niños se los ve acompañados de sus madres.

La población que alberga el hospital es muy joven con personas en edad reproductiva que tiene varios hijos, el embarazo en adolescentes es evidente por el número de chicas en periodo gestacional, por lo cual se evidencia un gran número de mujeres jóvenes

mbarazadas y madres de familia que tiene varios hijos que no han tenido adecuada planificación familiar.

Observación de campo



Figura 1

Santamaría M, (2014) “Hospital Yaruquí”

Observación de campo



Figura 2

Santamaría M, (2014) “Hospital Yaruquí”

3.2 APLICACIÓN DE ENCUESTA

Tabulación sobre la encuesta de diagnóstico de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios”

Universo: 1680 personas a la semana que se hacen atender en el hospital entre consulta externa y hospitalización.

Muestra: 323 personas

Fórmula: $n = N / 1 + N (E^2)$

n= Tamaño de la muestra

N=Universo poblacional

E= Margen de error

Puede variar en el margen de error (E) los valores porcentuales. Estos pueden ser del 2 por ciento, 5 por ciento y 7 por ciento. El más utilizado es del 5 % por ser un error aceptable en todos los estudios estadísticos.

E = 5% 0.05 → Datos creíbles

2% 0.02 → Datos reales

7% 0.07 → Datos referenciales

Así mismo el universo puede someterse a la siguiente fórmula que refleja el mismo resultado:

$n = 1 / (E^2) + 1 / N$

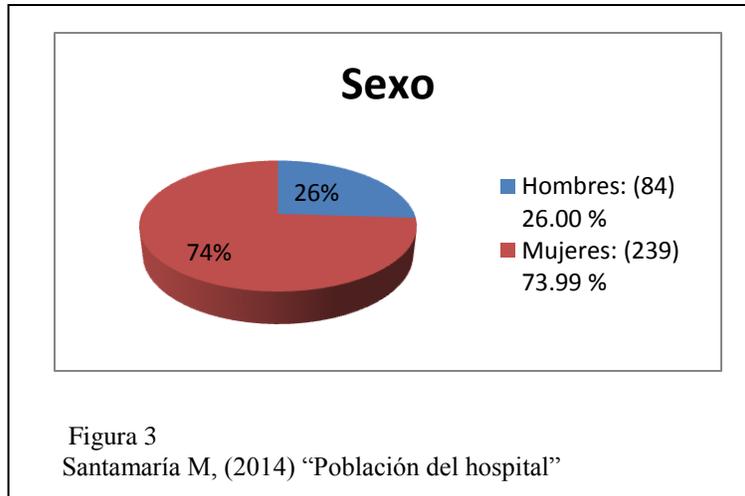
Tabulación

Edades: 13 a 59 años de edad

Hombres: (84) 26.00 %

Mujeres: (239) 73.99 %

(323) 100%



1. ¿Conoce o ha escuchado hablar sobre la campaña "Habla serio, sexualidad sin misterios"? No (pase a la 5)

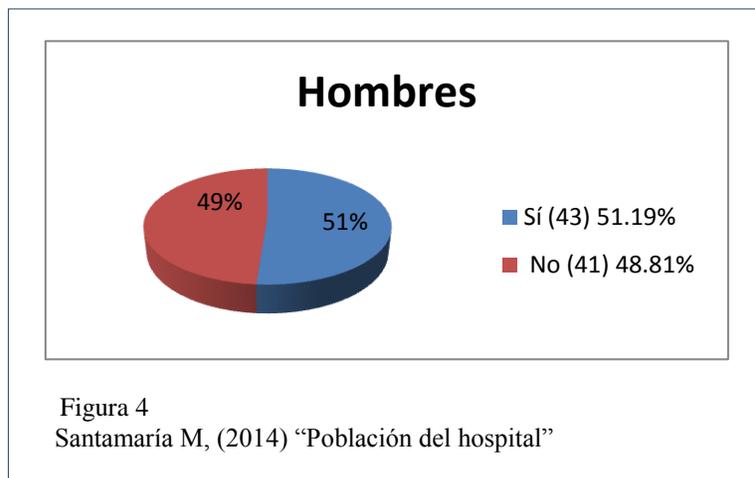
Hombres:

Sí (43) 51.19%

No (41) 48.81%

(84) 100%

26 % de la población



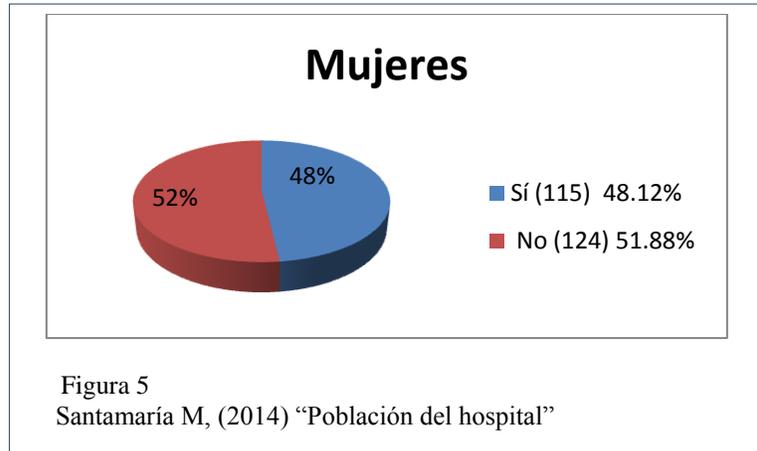
Mujeres:

Sí (115) 48.12%

No (124) 51.88%

(239) 100%

73.99 % de la población



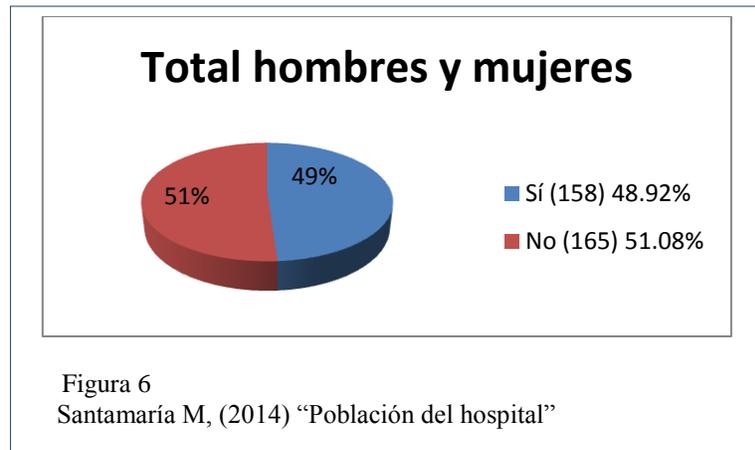
Total hombres y mujeres

Sí (158) 48.92%

No (165) 51.08%

(323) 100%

100 % de la población



2. ¿Qué sabe acerca de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios”?

De las 158 personas que conocían la campaña, es decir el 48.92% de la población total se obtiene los siguientes resultados:

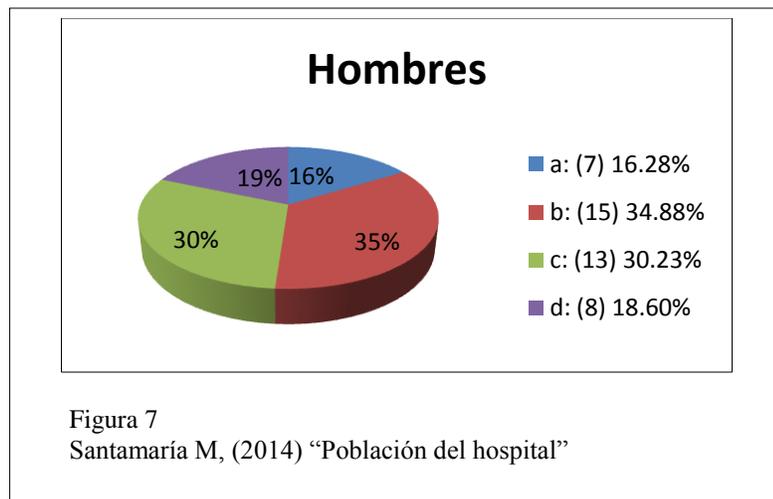
- a. Hablan sobre los métodos anticonceptivos /Planificación familiar
- b. Hablan de educación sexual y sexualidad en los jóvenes
- c. Dan información a los jóvenes y a los padres para que hablan del tema y deje de ser un mito
- d. Previene a los jóvenes de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual (its)

Hombres

a: (7) 16.28%
b: (15) 34.88%
c: (13) 30.23%
d: (8) 18.60%

27.22 % de la población

(43) 100%



Mujeres

a: (32) 27.83%

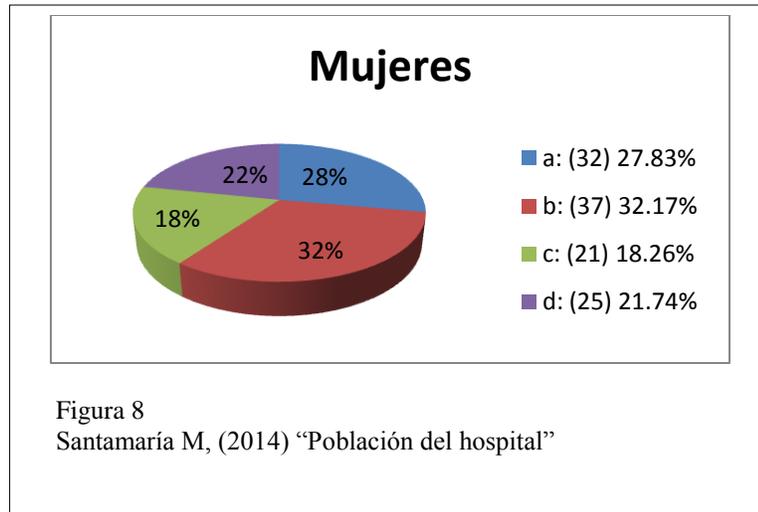
b: (37) 32.17%

c: (21) 18.26%

d: (25) 21.74%

(115) 100%

72.78 % de la población



Total hombres y mujeres

a. (39) 24.68%

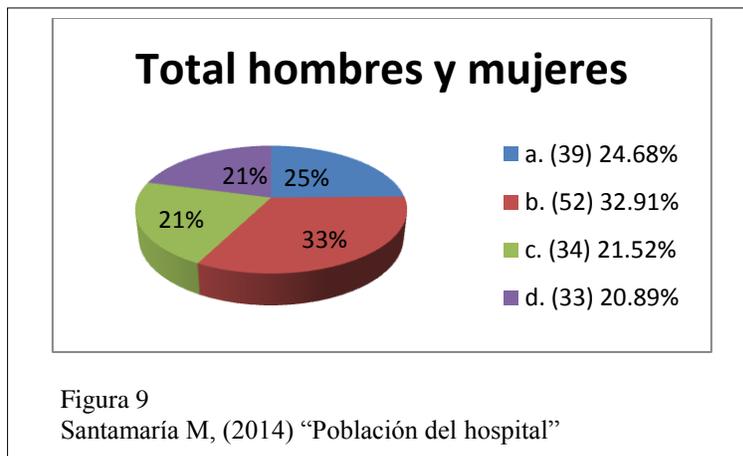
b. (52) 32.91%

c. (34) 21.52%

d. (33) 20.87%

(158) 100%

48.92 % de la población



3. ¿Está usted de acuerdo con la implementación de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios”?

Hombres

Sí (43) 100%	} 27.22 % de la población
No (0) 0.00%	
<hr/>	
(43) 100%	

¿Por qué?

- a. Es bueno hablar de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual (its)
- b. La sexualidad se tiene que hablar en casa de Padres a hijos
- c. Es una fuente de información sobre educación sexual y de sexualidad
- d. Ayuda a la planificación familiar
- e. Incentiva a tener relaciones sexuales

a: (15) 34.88%	} 27.22 % de la población
b: (7) 16.28%	
c: (21) 48.84%	
d: (0) 0.00%	
e: (0) 0.00%	
<hr/>	
(43) 100%	

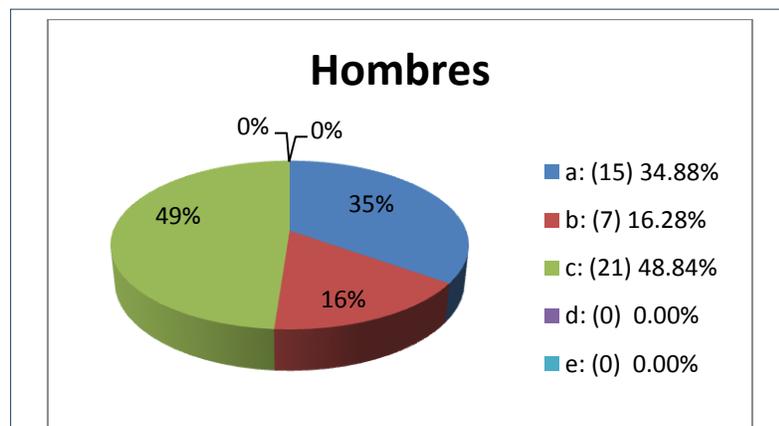


Figura 10
Santamaría M, (2014) “Población del hospital”

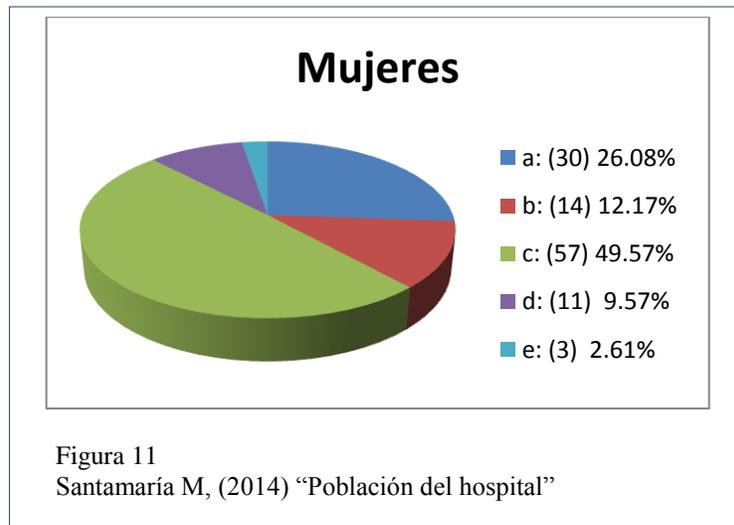
Mujeres

Sí (112) 97.39%	} 72.78 % de la población
No (3) 2.61%	
<hr/>	
(115) 100%	

¿Por qué?

- a.** Es bueno hablar de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual (its)
- b.** La sexualidad se tiene que hablar en casa de Padres a hijos
- c.** Es una fuente de información sobre educación sexual y de sexualidad
- d.** Ayuda a la planificación familiar
- e.** Incentiva a tener relaciones sexuales

a: (30) 26.08%	} 72.78 % de la población
b: (14) 12.17%	
c: (57) 49.57%	
d: (11) 9.57%	
e: (3) 2.61%	
<hr/>	
(115) 100%	



Total hombres y mujeres

a: (45) 28.48%

b: (21) 13.29%

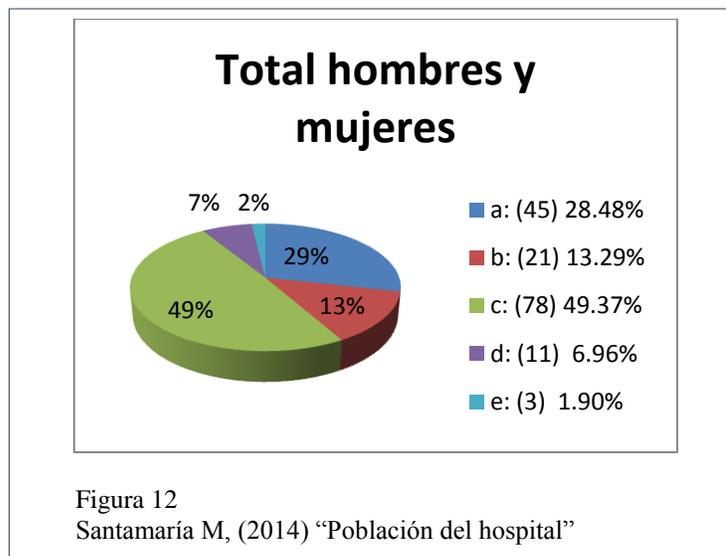
c: (78) 49.37%

d: (11) 6.96%

e: (3) 1.90%

(158) 100%

100 % de la población



4. Según su criterio ¿Qué aspectos le haría falta a la campaña para mejorarla?

Hombres: (43) 27.22%

- a. Se difunda en lugares públicos (calles, parques, paradas de bus, etc.) con propaganda folletos/ volantes
- b. Charlas en los hospitales
- c. Charlas en los colegios
- d. Más propaganda y promoción en los medios de comunicación e internet
- e. Charlas y promociones en los barrios/comunidades
- f. Nada

a: (7) 16.28%

b: (2) 4.65%

c: (13) 30.23%

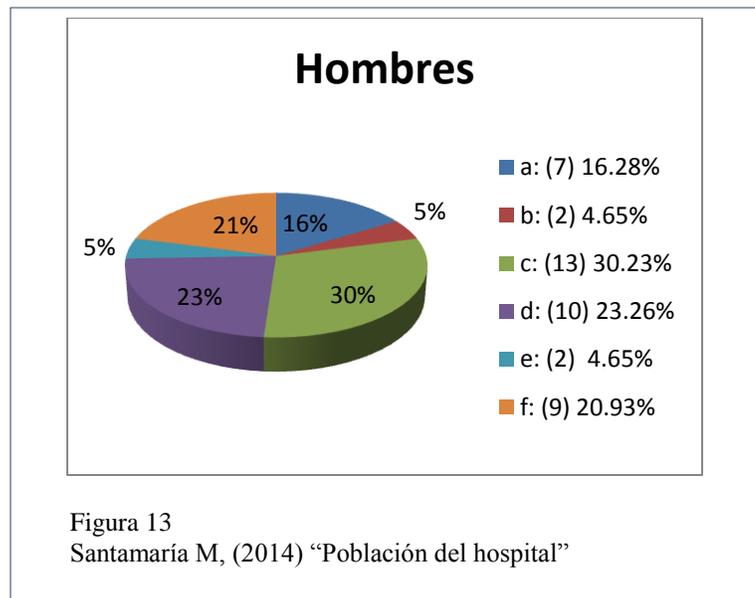
d: (10) 23.26%

e: (2) 4.65%

f: (9) 20.93%

(43) 100%

27.22 % de la población



Mujeres:

(115) 72.78%

a. Se difunda en lugares públicos (calles, parques, paradas de bus, etc.) con propaganda folletos/ volantes

b. Charlas en los hospitales

c. Charlas en los colegios

d. Más propaganda y promoción en los medios de comunicación e internet

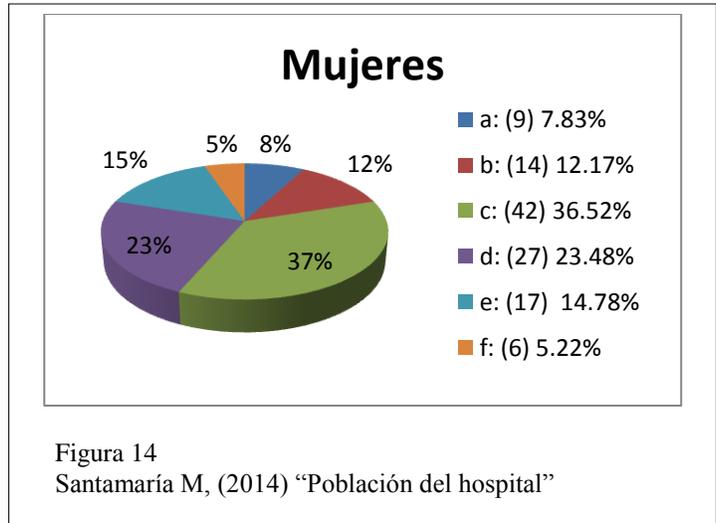
e. Charlas y promociones en los barrios/comunidades

f. Nada

a: (9) 7.83%
 b: (14) 12.17%
 c: (42) 36.52%
 d: (27) 23.48%
 e: (17) 14.78%
 f: (6) 5.22%

72.78 % de la población

(115) 100%

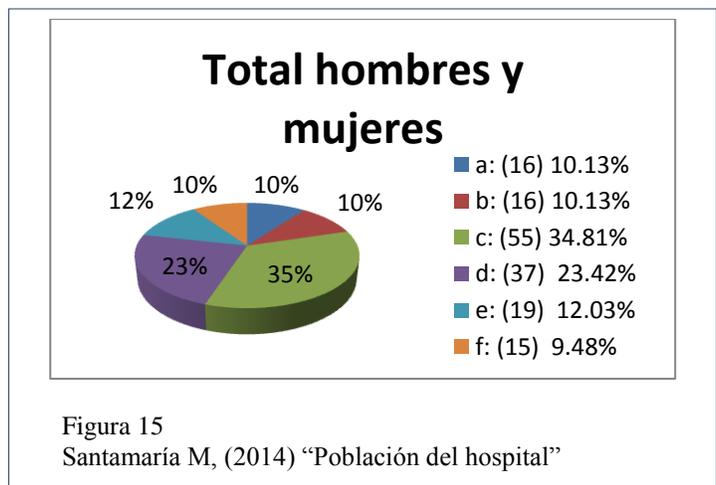


Total hombres y mujeres

a: (16) 10.13%
 b: (16) 10.13%
 c: (55) 34.81%
 d: (37) 23.42%
 e: (19) 12.03%
 f: (15) 9.48%

100 % de la población

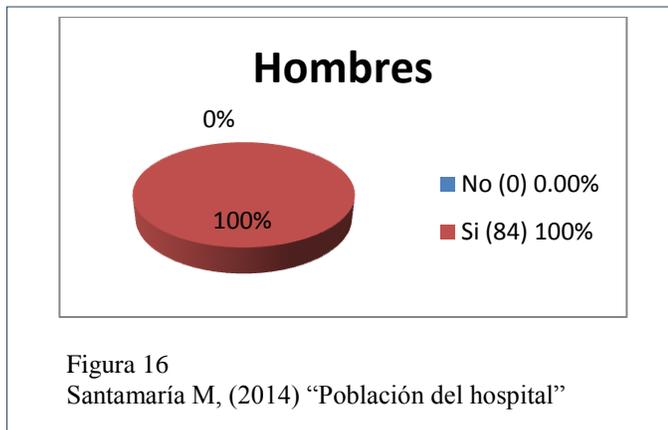
(158) 100%



5. ¿Está usted de acuerdo que el gobierno hable de sexualidad a los jóvenes y a los padres y madres de familia?

Hombres

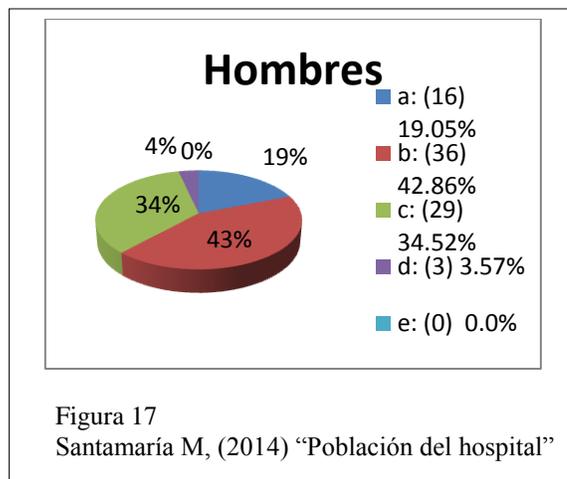
Si (84) 100%	} 100 % de la población
No (0) 0.00%	
<hr/>	
(84) 100%	



¿Por qué?

- a. Para evitar embarazos no deseados e infecciones de trasmisión sexual (its)
- b. Es una fuente de información sobre educación sexual y sexualidad
- c. Los padres no hablan con los hijos de este tema por recelo y vergüenza. Es bueno que los padres hablen con confianza con los hijos.
- d. Brindan información sobre métodos anticonceptivos/ Planificación familiar
- e. No se debería hablar del tema

a: (16) 19.05%	} 100 % de la población
b: (36) 42.86%	
c: (29) 34.52%	
d: (3) 3.57%	
e: (0) 0.0%	
<hr/>	
(84) 100%	



Mujeres	
Sí (237)	99.16%
No (2)	0.84%
<hr/>	
(239)	100%

100 % de la población

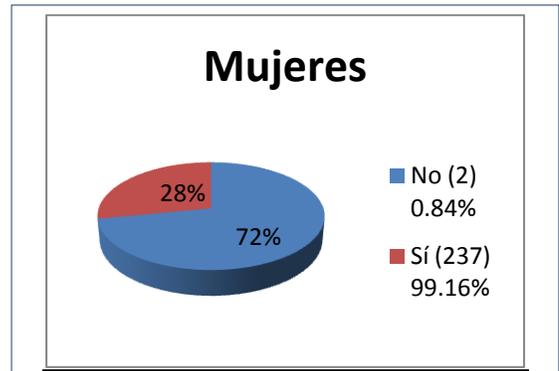


Figura 18
Santamaría M, (2014) "Población del hospital"

¿Por qué?

- a. Para evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (its)
- b. Es una fuente de información sobre educación sexual y sexualidad
- c. Los padres no hablan con los hijos de este tema por recelo y vergüenza. Es bueno que los padres hablen con confianza con los hijos.
- d. Brindan información sobre métodos anticonceptivos/ Planificación familiar
- e. No se debería hablar del tema

a: (50)	20.92%
b: (102)	42.68%
c: (65)	27.19%
d: (20)	8.37%
e: (2)	0.84%
<hr/>	
(239)	100%

100 % de la población

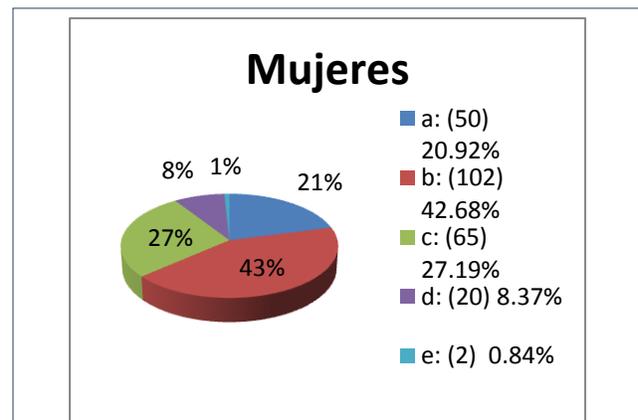


Figura 19
Santamaría M, (2014) "Población del hospital"

Total hombres y mujeres

a: (66) 20.43%

b: (138) 42.72%

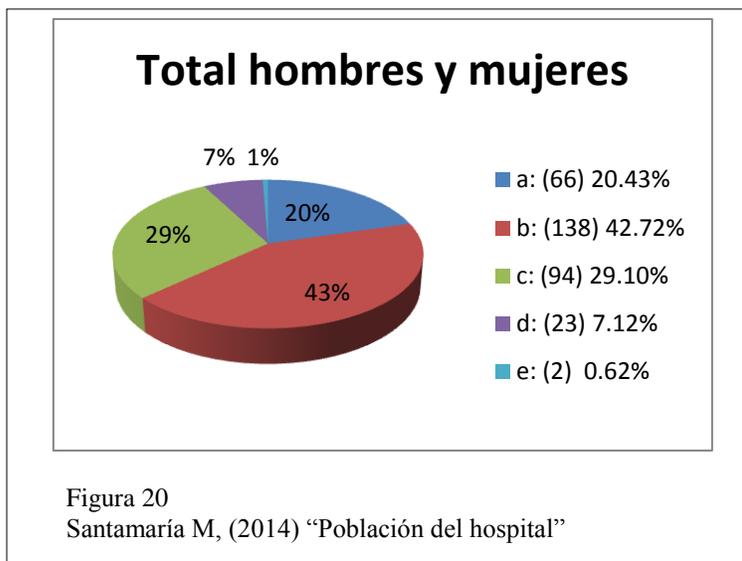
c: (94) 29.10%

d: (23) 7.12%

e: (2) 0.62%

(323) 100%

100 % de la población



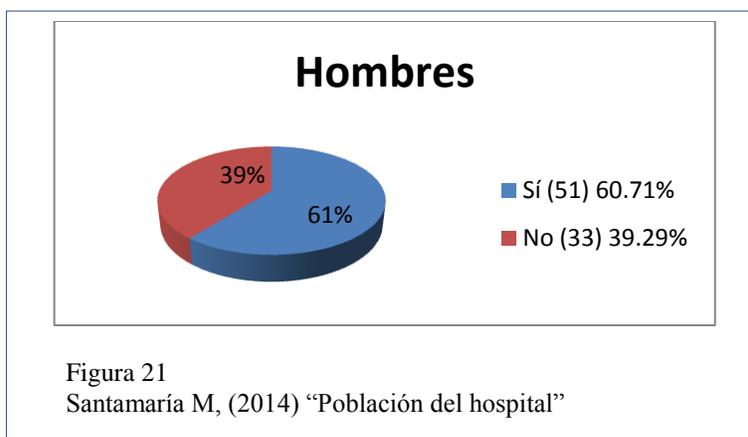
6. ¿Usted ha recibido algún tipo de información sobre la prevención de embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual en este establecimiento de salud?

Hombres

Sí (51) 60.71%

No (33) 39.29%

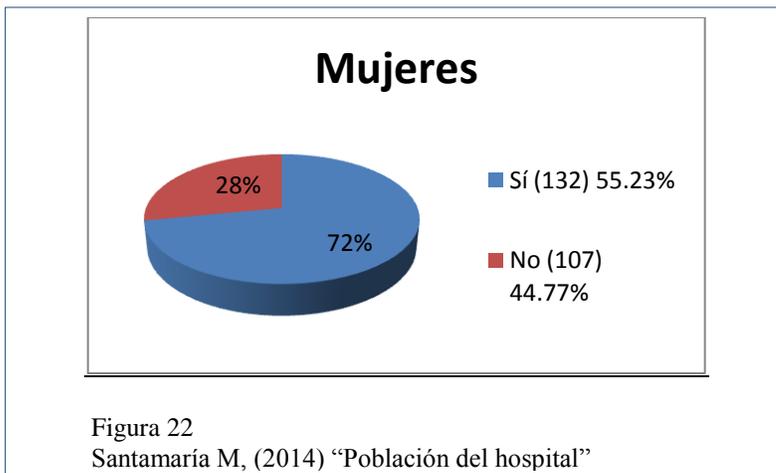
(84) 100%



Mujeres

Sí (132) 55.23%
No (107) 44.77%

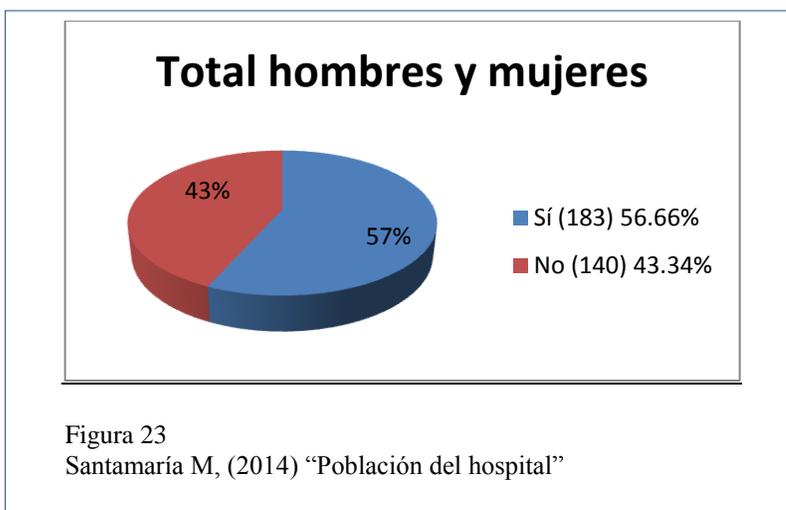
(239) 100%



Totales hombres y mujeres

Sí (183) 56.66%
No (140) 43.34%

(323) 100%

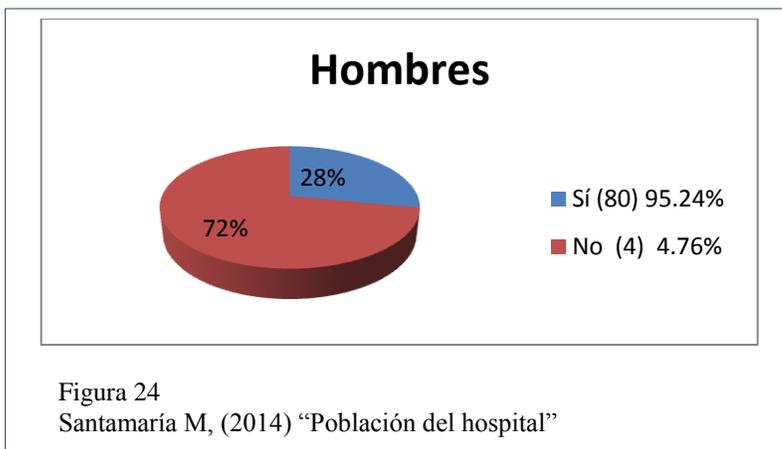


7. ¿Está usted de acuerdo con que se proporcione información de estos temas en este Hospital?

Hombres

Sí (80) 95.24%
No (4) 4.76%

(84) 100%

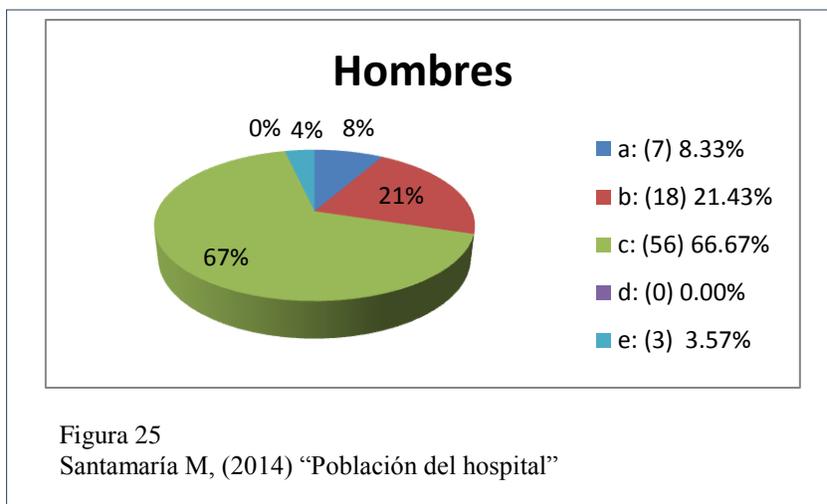


¿Por qué?

- a. Nos ayuda a planificar.
- b. Evita embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (its)
- c. La gente está más informada sobre la sexualidad puesto que hay mucha gente que se hace atender aquí.
- d. No se debería hablar del tema porque es malo.
- e. No se debería hablar del tema porque en los colegios les informan mejor a los jóvenes.

a: (7) 8.33%
b: (18) 21.43%
c: (56) 66.67%
d: (0) 0.00%
e: (3) 3.57%

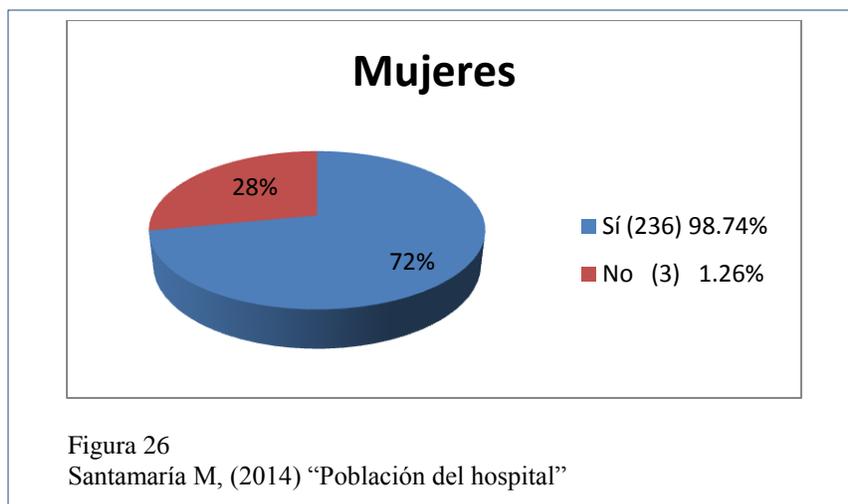
(84) 100%



Mujeres

Sí (236) 98.74%
No (3) 1.26%

(239) 100%

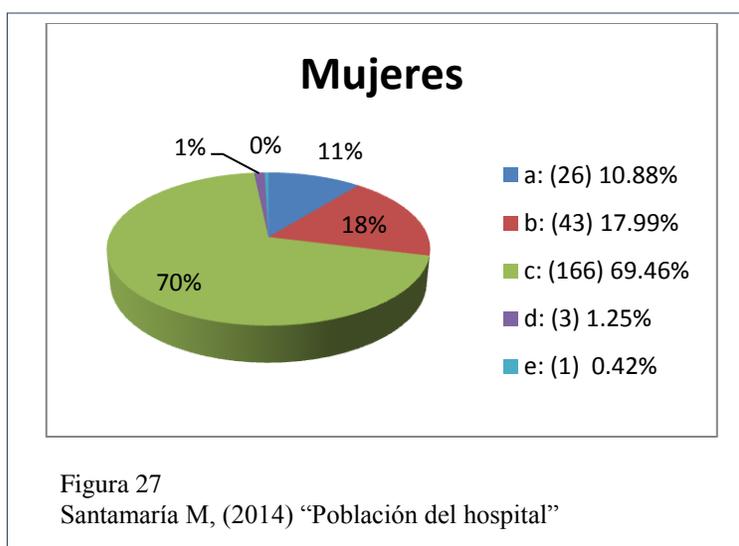


¿Por qué?

- a. Nos ayuda a planificar.
- b. Evita embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (its)
- c. La gente está más informada sobre la sexualidad puesto que hay mucha gente que se hace atender aquí.
- d. No se debería hablar del tema porque es malo.
- e. No se debería hablar del tema porque en los colegios les informan mejor a los jóvenes.

a: (26) 10.88%
b: (43) 17.99%
c: (166) 69.46%
d: (3) 1.25%
e: (1) 0.42%

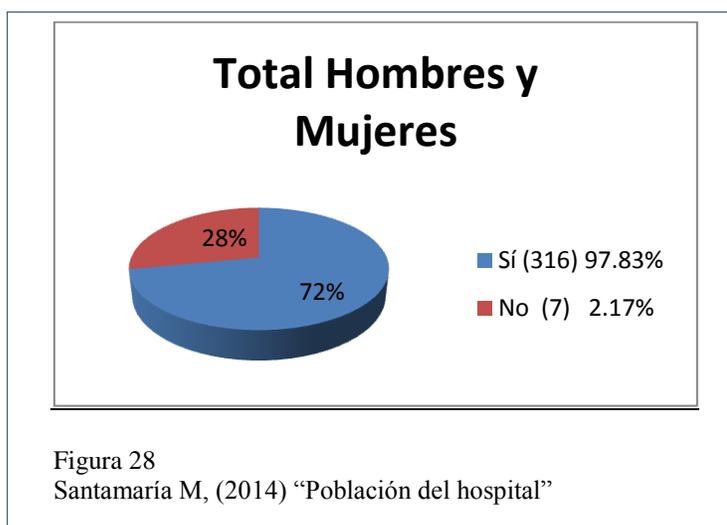
(239) 100%



Totales Hombres y Mujeres

Sí (316) 97.83%
No (7) 2.17%

(323) 100%

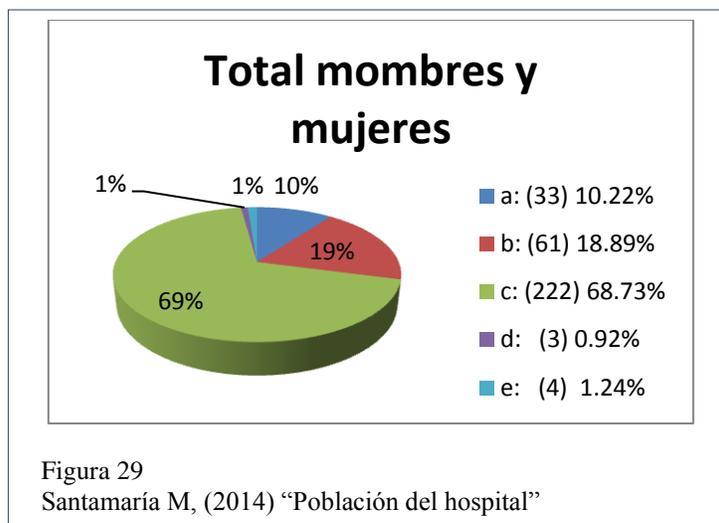


¿Por qué?

- a. Nos ayuda a planificar.
- b. Evita embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (its)
- c. La gente está más informada sobre la sexualidad puesto que hay mucha gente que se hace atender aquí.
- d. No se debería hablar del tema porque es malo.
- e. No se debería hablar del tema porque en los colegios les informan mejor a los jóvenes.

a: (33) 10.22%
b: (61) 18.89%
c: (222) 68.73%
d: (3) 0.92%
e: (4) 1.24%

(323) 100%

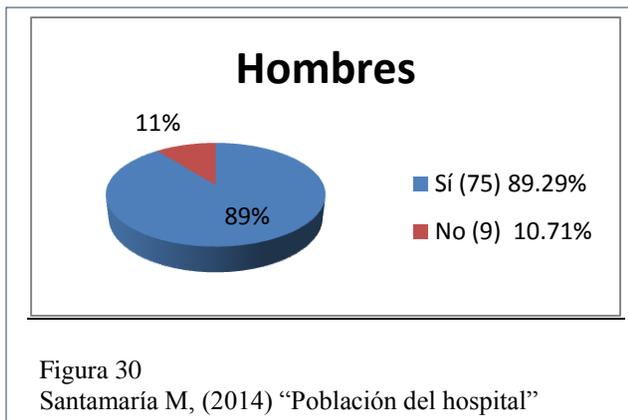


8. ¿Usted considera que hablar de sexualidad evita embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual?

Hombres

Sí (75) 89.29%
No (9) 10.71%

(84) 100%

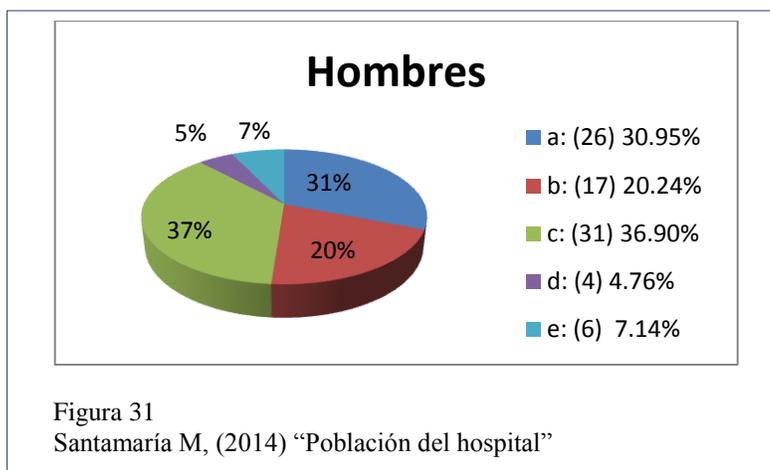


¿Por qué?

- a. Se previene estos casos (embarazos e its)
- b. La juventud tendría una sexualidad más responsable a través de la protección y la planificación.
- c. Habría más información del tema y con ello más orientación para tomar decisiones.
- d. Aumentaría más los embarazos y las infecciones de transmisión sexual (its) porque se incentiva a tener relaciones.
- e. Los jóvenes no toman conciencia así les hablen del tema.

a: (26) 30.95%
b: (17) 20.24%
c: (31) 36.90%
d: (4) 4.76%
e: (6) 7.14%

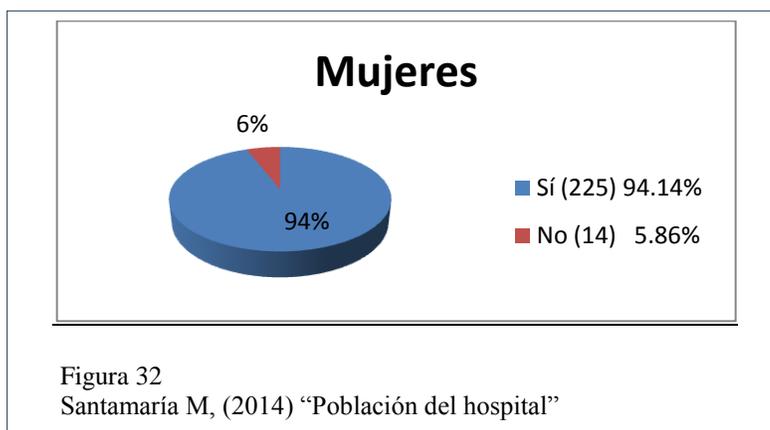
(84) 100%



Mujeres

Sí (225) 94.14%
No (14) 5.86%

(239) 100%



¿Por qué?

- a. Se previene estos casos (embarazos e its)
- b. La juventud tendría una sexualidad más responsable a través de la protección y la planificación.
- c. Habría más información del tema y con ello más orientación para tomar decisiones.
- d. Aumentaría más los embarazos y las infecciones de trasmisión sexual (its) porque se incentiva a tener relaciones.
- e. Los jóvenes no tiene conciencia así les hablen del tema.

a: (64) 26.78%

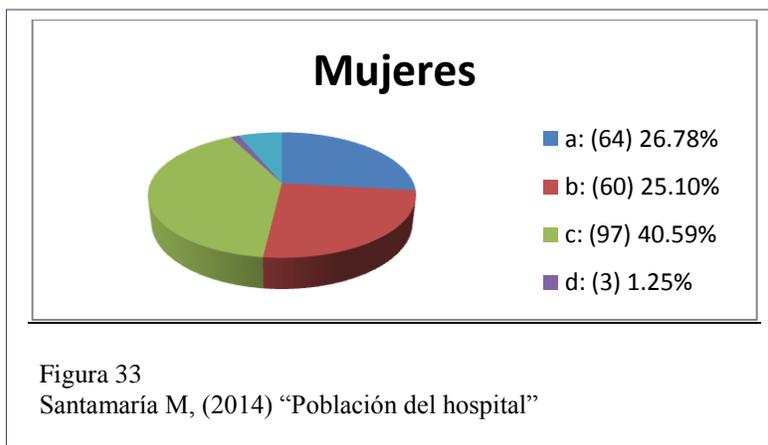
b: (60) 25.10%

c: (97) 40.59%

d: (3) 1.25%

e: (15) 6.28%

(239) 100%

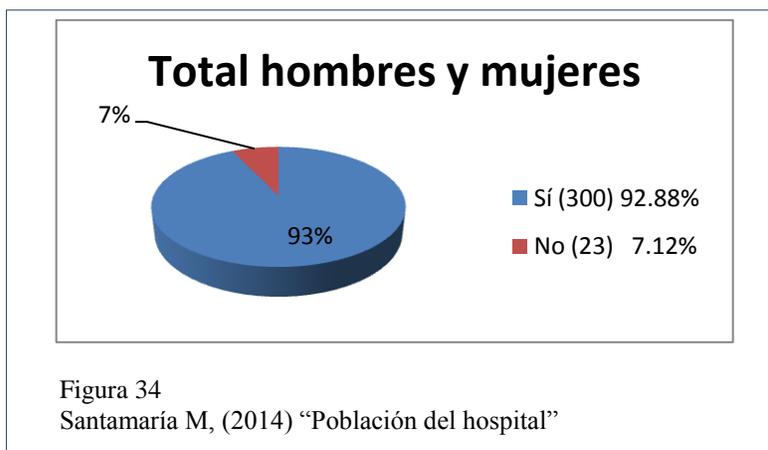


Total hombres y mujeres

Sí (300) 92.88%

No (23) 7.12%

(323) 100%



¿Por qué?

- a. Se previene estos casos (embarazos e its)
- b. La juventud tendría una sexualidad más responsable a través de la protección y la planificación.
- c. Habría más información del tema y con ello más orientación para tomar .
- d. Aumentaría más los embarazos y las infecciones de transmisión sexual (its) porque se incentiva a tener relaciones.
- e. Los jóvenes no tiene conciencia así les hablen del tema.

a: (90) 27.86%

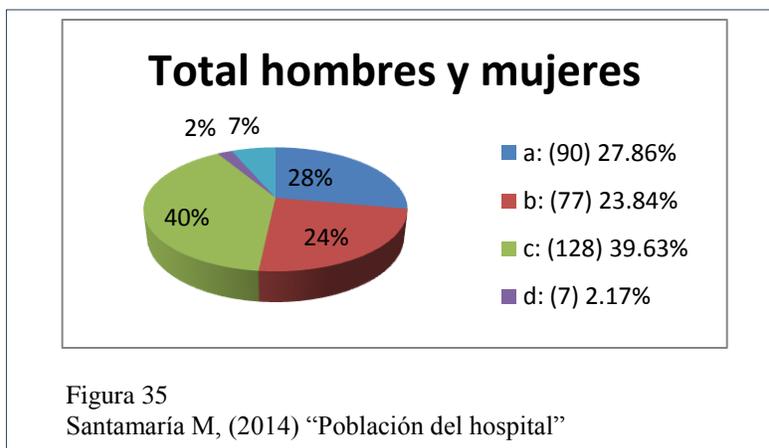
b: (77) 23.84%

c: (128) 39.63%

d: (7) 2.17%

e: (21) 6.50%

(323) 100%



3.3 CONCLUSIONES DE LOS RESULTADOS DE LAS TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Más del 70% de la población que se hace atender en el hospital es la población femenina. Como ya anunciamos anteriormente las mujeres que en la mayoría son madres de familia hacen atender a sus hijos y ellas también reciben atención médica. Vemos que las mujeres asumen más responsabilidad que los hombres en cuestión de salud familiar, es decir que están más preocupadas por el bienestar de sus hijos y por su persona, puesto

que los hombres que se encuentran en el hospital van en calidad de acompañantes y muy pocos de ellos reciben atención médica.

La mayoría de pacientes son madres de familia, es decir que han tenido uno o más hijos nacidos vivos. Es importante resaltar que dichas pacientes son jóvenes entre los 15 años en adelante, es decir se encuentran edad fértil pudiendo procrear más hijos e hijas. La multitud de niños evidencia una gran población infantil que recibe atención médica, que a su vez demuestra que son hijos e hijas de madres que pueden dar a luz a más vidas.

Con respecto a la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios” existen varias conclusiones:

- El 51.08 % de la población en general conoce o ha escuchado hablar sobre la campaña, mientras que el 48.92% no tiene conocimiento de la misma. Por lo que es muy poca la diferencia entre la gente que conoce o no de la campaña, es decir casi la mitad de la población no la conoce pero un poco más de ella sabe de la campaña.
- La mayoría de las personas que conoce de la campaña tiene entendido que hablan de educación sexual y sexualidad en los jóvenes, seguido por la utilización de métodos anticonceptivos y la planificación familiar.
- El 98.10% de la población que conoce o sabe de la campaña, está de acuerdo con la implementación de esta. La principal razón es que las personas ven a la

campana como una fuente de información sobre educación sexual y de sexualidad. Seguido de los embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual (its)

- La mayoría de personas considera que sería bueno dar más charlas en los colegios para mejorar la campana puesto que es en esos establecimientos es donde más se da casos de embarazos no deseados. la otra razón que le sigue es incrementara más propaganda en los medios de comunicación e internet para que la gente conozca del tema.
- El 99.38 % está muy de acuerdo que el gobierno, a través de los ministerios hable de sexualidad no solo a los jóvenes sino a los padres y madres de familia. La razón principal que consideran reside nuevamente en que la campana es una fuente de información sobre educación sexual y sexualidad. La otra razón que le sigue radica en que los padres no hablan con los hijos de este tema por recelo y vergüenza. Es bueno que los padres hablen con confianza con los hijos.
- El 56.66% de la población ha recibido algún tipo de información sobre la prevención de embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual dentro del hospital, mientras que un 43.34% no la ha recibido. Es decir que no es tanta la diferencia y que el hospital si ha brindado algún tipo de información esto por las acciones de la campana al poner el dispensador de preservativos y por la consulta externa en el tema de planificación familiar.

- 97.83% de la población está de acuerdo con que se proporcione información de estos temas. 68.73% asegura estar de acuerdo porque la demanda del hospital es muy grande y con ello está más informada sobre la sexualidad.
- 92.88% está de acuerdo con que se hable de sexualidad para evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (its). La principal razón que sostiene la gente es que la juventud tendría una sexualidad más responsable a través de la protección y la planificación.

CAPÍTULO 4 PROPUESTA DEL PLAN DE COMUNICACIÓN

4.1 ANTECEDENTES

Según datos del último censo de población y vivienda del 2010 realizado por el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) la tasa de embarazo adolescente en Ecuador se ha elevado en los últimos 10 años. Las cifras se han incrementado en un 74% los embarazos de preadolescentes de 10 a 14 años de edad. Así como también a un elevado índice de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años con un 17,20%. Es decir de 705.163 adolescentes, 121.288 jóvenes han tenido su primer hijo o hija.

Según el INEC, el Ecuador es uno de los países de América Latina con el mayor número de embarazos en preadolescentes y adolescentes. Tal es así que el Ecuador ocupa el primer lugar en la región andina de embarazos en menores de edad. Mientras que ocupa el segundo lugar en América Latina después de Venezuela.

La tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años, en la última década, es del 74% y en mayores de 15 años es del 9%.

Estos datos que sostiene el INEC también son reflejados en el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes, en donde se sostiene que en el 2008 cerca de

siete millones de adolescentes mujeres de 15 a 19 años de la región (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela) más de un millón de ellas ya son madres o están embarazadas.

Según el INEC en el Ecuador, 2 de cada 3 adolescentes de 15 a 19 años con educación básica son madres o están embarazadas. Esto lleva a pensar que muchas de ellas no terminan la educación secundaria, es así que “un embarazo en la adolescencia se traduce a 2,5 años de escolaridad menos para las mujeres. Y por cada hijo adicional, las mujeres tienen un año menos de escolaridad.” (El comercio, 2011, pág. 2)

El INEC también establece que “Las proporciones de maternidad en la adolescencia son hasta 4 veces más altas entre las que no tienen educación (43% comparadas con las de mayor nivel educativo, 11% con secundaria completa).” (El comercio, 2011, pág. 3)

En este sentido de las 856.341 adolescentes censadas en 2010, 27.500 adolescentes, es decir, el 22,10 % que ya eran madres o estaban embarazadas abandonaron el sistema educativo o no tuvieron acceso a este. Mientras que 828.841 adolescentes, es decir 81,40% asisten a sus estudios secundarios.

En el hospital Yaruquí, los datos del departamento de estadística sostienen que más del 70% de embarazos son de adolescentes de 12 a 19 años de edad. Las cuales reciben

atención médica prenatal y postnatal. En el departamento de ecografía más del 40% de ecos que se realizan por diversas patologías son de embarazos adolescentes.

Debido a la realidad que demuestra un elevado número de casos de adolescentes embarazadas, desde el 2011 el gobierno de nuestro país crea la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) que tiene varias finalidades que son: “Prevenir el embarazo en adolescentes. Disminuir el número de embarazos no planificados, sobre todo en los sectores de mayor pobreza y menor educación. Prevenir la violencia sexual y el embarazo como una de las consecuencias de la misma.” (ENIPLA, 2011, pág. 1)

Es necesario destacar que ENIPLA no es solo una estrategia sino también es una política pública intersectorial que se maneja a través del Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación y Ministerio de Inclusión Económica y Social, y el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Así mismo garantiza el cumplimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos, como la atención integral y gratuita de la salud sexual y reproductiva de todos y todas las personas que acceden a la salud pública.

ENIPLA a través de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios” plantea crear y enfatizar espacios de comunicación en todos los sectores de la sociedad no solo en el tema de la educación sexual sino en el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Esta campaña pretende potenciar estrategias comunicacionales a través de

los medios de comunicación y del internet de manera afectiva, clara, con información veraz y objetiva, es decir, información científicamente comprobada.

Además de la creación del ENIPLA, el Estado ecuatoriano a través del Ministerio de Salud Pública (MSP) en el año 2012 introduce en el sistema de salud el MAIS (El Modelo De Atención Integral De Salud). El ministerio de salud pública dice lo siguiente: “El MAIS es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud.” (MSP, 2012, pág. 1)

Este modelo nace a partir de las normativas de la constitución de la República que establecen en los Art. 32; Art. 35; Art. 66 y Art. 361 el pleno ejercicio de los derechos en torno a la accesibilidad gratuita de la salud así como también la garantía de condiciones saludables de vida. Además con el objetivo y política número tres, en materia de mejorar la calidad de vida de la población del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009- 2013 los ejes prioritarios de la Agenda Social 2009-2011 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas para el año 2015.

Dicho modelo responde a la necesidad de instaurar medidas que garanticen los derechos de la salud de la población, tomando en cuenta el enfoque familiar, comunitario e intercultural. También basándose en el tema de derechos y género, el modelo conforma una nueva visión de la atención de salud haciendo partícipe en la toma de decisiones de la ciudadanía como el pleno fortalecimiento de medidas de prevención.

En el tema de la salud sexual y reproductiva, el MAIS propone implementar estrategias, como las de ENIPLA, que contribuyen a fortalecer medidas preventivas y con ellos la disminución de embarazos no deseados y de infecciones transmisión sexual a corto, mediano y largo plazo. En este sentido se establece el mejoramiento de la calidad de la atención en el sistema de salud pública en tres ejes principales: El VIH-SIDA, las enfermedades y la mortalidad relacionada con el tema de la salud sexual y reproductiva y el alto porcentaje de adolescentes embarazadas.

4.2 OBJETIVOS

4.2.1 Objetivo general

Establecer estrategias comunicativas en base a los productos comunicativos del ENIPLA dentro del hospital Yaruquí para fortalecer el cuidado y la protección de la salud sexual y reproductiva de los pacientes del hospital.

4.2.2 Objetivos específicos

* Desarrollar actividades dirigidas a niñas y niños de 3 a 10 años para ofrecer medidas de prevención a través de los materiales didácticos de los productos comunicativos del ENIPLA para evitar el abuso sexual.

* Realizar líneas de acción para los y las adolescentes de 10 a 19, además de hombres y mujeres en edad reproductiva, sobre la importancia del proyecto de vida y el uso correcto de métodos anticonceptivos adecuados a sus necesidades fisiológicas para reducir el índice de embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual.

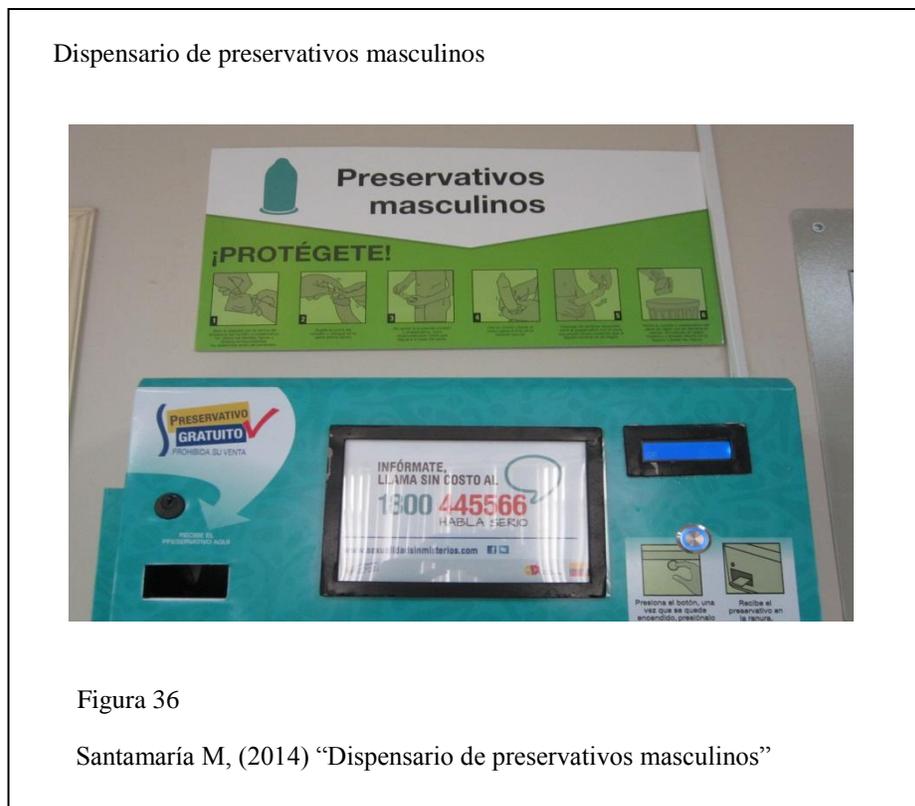
* Implementar estrategias enfocadas a los padres y madres de familia incentivando el diálogo sobre la educación sexual con sus hijos e hijas para estimular la comunicación dentro de los miembros de la familia.

4.3 PRODUCTOS ESTRATÉGICOS DE LA CAMPAÑA “HABLA SERIO, SEXUALIDAD SIN MISTERIOS”

Habla Serio, sexualidad sin misterios cuenta con varias acciones que se han realizado a nivel nacional para cumplir con sus objetivos. Entre estas medidas podemos dividirlos en la acción participativa de la ciudadanía y la otra por medio de los medios de comunicación y el internet.

En lo que se refiere a la acción participativa Habla Serio, sexualidad sin misterios ha realizado desde año 2012 casas abiertas y charlas en los colegios fiscales de todo el país. Además en los centros y sub centros de salud de algunas provincias del país se ha realizado el programa piloto “La Ruta Habla Serio, sexualidad sin misterios”, en donde se ha promocionado el tema de los derechos sexuales y reproductivos.

Así mismo, en todos los centros de salud y hospitales públicos se han colocado, a lado de farmacia, dispensadores gratuitos de preservativos masculinos con el fin de que las personas que se encuentren dentro de las casa de salud tengan conocimiento de este método anticonceptivo gratuito. En la parte superior del dispensador se encuentra un instructivo de cómo utilizar el preservativo correctamente.



En los medios de comunicación e internet, la campaña tiene varias acciones. En el año 2011 y 2012 la campaña fue transmitida por canales televisivos públicos y privados. Desde el 2012, la radio pública presenta un programa de la campaña los días martes y los jueves de 15:00 a 16: 00.

La campaña tiene un amplio espacio en el internet. Desde el 2012 se crea la página web www.sexualidadsinmisterios.com, una cuenta Facebook y Twitter y un canal en youtube. Estas medidas tienen como objetivo brindar espacios interactivos a los ciudadanos para que puedan acceder a dichos sitios de forma efectiva y sobre todo puedan ingresar en cualquier sitio y a cualquier hora.

En este mismo año se crea la línea gratuita 1800 44455566 esta línea recepta llamadas telefónicas de siete de la mañana hasta las doce de la noche. Las llamadas son confidenciales y están para atender inquietudes sobre todo lo que tiene que ver con respecto a la sexualidad.

4.3.1 Productos comunicativos de la campaña “habla serio, sexualidad sin misterios”

La mochila o caja de herramientas son productos creados por ENIPLA, está compuesta por varios elementos didácticos y comunicativos que tiene como fin promover los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas que reciban atención en salud dentro del sector público.

Caja o mochila de herramientas



Figura 37
Santamaría M, (2014) "Caja o mochila de herramientas"

Dildo: se refiere a un pene hecho de plástico, madera o goma que sirve de forma didáctica para la utilización correcta del preservativo masculino.

Dildo



Figura 38
Santamaría M, (2014) "Dildo"

Modelo pélvico: es una representación del aparato reproductor femenino que permite no solo conocer sus partes, sino también la uso del preservativo femenino.

Modelo Pélvico



Figura 39
Santamaría M, (2014), “Modelo pélvico”

Cuento de la niña y el mar: es un cuento que da un mensaje a niños, niñas y jóvenes sobre la importancia que tiene cada una de las etapas de la vida y sobre todo la responsabilidad que conlleva el inicio de una vida sexual.

Cuento de la niña y el mar

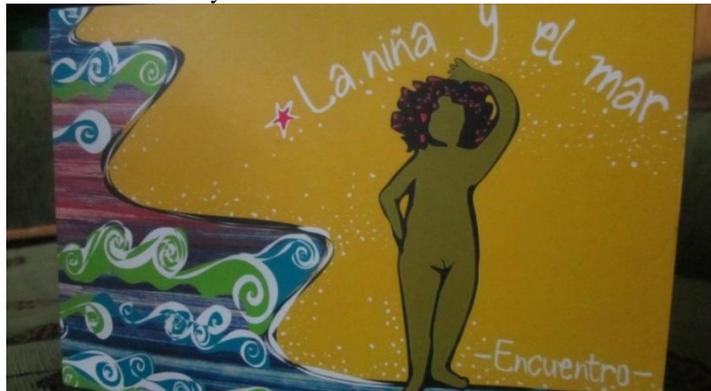


Figura 40
Santamaría M, (2014), “Cuento la niña y el mar”

DVD Primero en Familia: el DVD cuenta con 8 capítulos.

Capítulo 1: “De dónde venimos” enseña a los infantes como nacen los bebés y cómo se forman.

Capítulo 2: “Nuestro Cuerpo” tiene como fin naturalizar a toda la familia a decir las partes de nuestro cuerpo tal y como son.

Capítulo 3: “Autoconocimiento” enseña a padres e hijos que el inicio de la pubertad es algo normal y que ciertos cambios que nos dan placer no son malos sin dejar que ninguna persona intervenga en ello.

Capítulo 4: “La edad de los cambios” se habla de todos los cambios físicos, psicológicos y emocionales de los jóvenes cuando inician la adolescencia.

Capítulo 5: “Relaciones de pareja” establece los núcleos del enamoramiento y el inicio de las relaciones sexuales y sus responsabilidades.

Capítulo 6: “Proyecto de vida” video donde les ofrece a los jóvenes la responsabilidad que tiene una decisión y como esta cambia por completo sus planes de vida.

Capítulo 7: “Protección” el video muestra como los padres y madres de familia conversan con sus hijos de sexualidad y sobre todo brindarles un correcto acompañamiento en el inicio de las relaciones sexuales.

Capítulo 8: son extras que exponen sobre los mitos de la sexualidad en los que distintas formas de la sexualidad son mal interpretadas, por lo que genera violencia y falta de equidad.

DVD Primero en familia



Figura 41
Santamaría M, (2014), "DVD Primero en familia"

Memory del cuerpo (Juego de los pares): el juego está dirigido especialmente para infantes y padres y madres de familia con el fin de naturalizar las partes del cuerpo. Es decir, nombrarlas tal y como son.

Memory del cuerpo



Figura 42
Santamaría M, (2014), "Memory del cuerpo"

Cuadernos metodológicos: está formado por cinco cuadernos respectivamente señalados: Mi cuerpo, Sexualidades, Proyecto de vida, Protección y Métodos Anticonceptivos, Paternidades y Maternidades. Tienen como fin la exposición de los temas nombrados a partir de talleres. Se inician con dinámicas y luego bien la aplicación de la metodología. Al terminar cada participante opina sobre el taller. Estos cuadernos fomentan la participación de todas las personas que son parte de la campaña.

Cuadernos metodológicos



Figura 43

Santamaría M, (2014), “Cuadernos metodológicos”

Manual de uso preservativo masculino y femenino: son láminas de plástico que tiene dibujos sobre la adecuada utilización del preservativo masculino y femenino. Muestra los pasos a seguir para utilizarlos.

Manual de uso preservativo masculino y femenino



Figura 44

Santamaría M, (2014), “Manual de uso preservativo masculino”

Manual de uso preservativo femenino



Figura 45

Santamaría M, (2014), “Manual de uso preservativo femenino”

Muestrario de métodos anticonceptivos: el muestrario menciona de forma clara, precisa y concisa todos los métodos anticonceptivos. Los anticonceptivos cómo sus nombres están impresos en colores y en alto relieve con el fin de resaltar cada uno de ellos.

Muestrario de métodos anticonceptivos

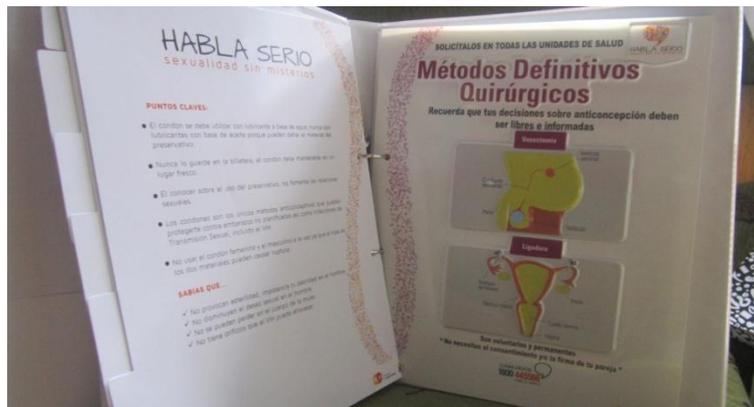


Figura 46

Santamaría M, (2014), “Muestrario de métodos anticonceptivos”

Rompecabezas sobre los derechos sexuales y reproductivos: es un juego en donde se forma una figura de los derechos en donde las personas al terminar de armarlo lo leen e interpretan el derecho.

Rompecabezas sobre los derechos sexuales y reproductivos



Figura 47

Santamaría M, (2014), “Rompecabezas sobre los derechos sexuales y reproductivos”

Rompecabezas sobre los derechos sexuales y reproductivos



Figura 48

Santamaría M, (2014), “Rompecabezas sobre los derechos sexuales y reproductivos”

Círculo de creencias: es una rueda de varios colores con 12 números cada número tiene una creencia. Dicho juego funciona con unos dados que al lanzarlos dan con una creencia la misma persona que lo lanza lo lee y opina sobre el mismo.

Círculo de creencias



Figura 49

Santamaría M, (2014), "Círculo de creencias"

Círculo de creencias



Figura50

Santamaría M, (2014), "Círculo de creencias"

4.4 ESTRATEGIAS

Las estrategias planteadas están enfocadas a complementar las medidas de acción ya mencionadas del ENIPLA, por lo que se pretende reforzar la campaña con los productos de la institución dentro del establecimiento de salud.

Dichas estrategias serán realizadas tomando en cuenta la concurrencia de personas que van al hospital, edad y el periodo escolar, puesto que estos tres factores son los que definen los planes de trabajo de la propuesta de comunicación.

Según el departamento de estadística y la observación de campo realizada anteriormente los días de la semana más concurridos son de lunes a jueves. Es decir que estos días son los indicados para implementar las estrategias ya que puede ser de gran provecho la concurrencia de la gente en estos días. Además de ello es importante recalcar que la mayor afluencia de pacientes se sitúa en el horario de 9:00 a 13:00 de la tarde, debido a que en las tardes los médicos atienden de 14:00 a 16:00.

Así mismo el departamento de estadística sostiene que durante la semana hay un cierto tipo de concurrencia con respecto a las especialidades. Los lunes por ejemplo las especialidades de pediatría y vacunas aumentan en un 25%, los martes, miércoles y jueves las especialidades de medicina general ginecología y obstetricia son las más solicitadas en un 15%. Los días viernes se evidencia una disminución de pacientes de todas las especialidades en un 15%.

En este sentido las personas de cero años en adelante sin límite de edad se hacen atender en varias especialidades del hospital, por tanto la estrategias están pensadas para todos y todas pero divididas en sectores etéreos con el fin de reforzar los productos destinados para cada uno de los sectores.

Es importante también tomar en cuenta que el periodo escolar marca la periodicidad o la concurrencia de las personas al hospital. Según el departamento de estadística baja en un

30% la atención de la gente en el periodo de vacaciones ya que los padres y madres de familia al igual que sus hijos salen de vacaciones a sus lugares de origen. Luego de este periodo vuelve la concurrencia a su normalidad debido a que en los centros educativos constantemente disponen a los estudiantes y a sus representantes a recibir atención médica en el hospital.

El ENIPLA ha realizado dichos productos para fomentar los derechos sexuales y reproductivos y con ello disminuir los embarazos en adolescentes y las infecciones de transmisión sexual. Para ello ENIPLA a encargado esta labor a los médicos encargados de las especialidades de ginecología y obstetricia de las unidades de salud.

Sin embargo los productos son mal utilizados puesto que los profesionales de la salud tienen a cargo sus actividades laborales y no tienen el tiempo suficiente para implementar los productos. Además utilizan ciertos tipos de productos con los pacientes de consulta externa y lo hacen brevemente por el tiempo ya establecido que tienen de consulta con el paciente. Es decir que es necesario un personal con formación en comunicación social para promover los productos ya que se establecerían mecanismos de planificación para utilizarlos de acuerdo a las necesidades del hospital.

Por esta razón el presente trabajo de tesis pretende mejorar la utilización de los productos y las estrategias del ENIPLA para fomentar los objetivos y mecanismos de la

institución, mediante los lineamientos estratégicos plantados en dicho trabajo con enfoque comunicativo. Bajo dichas circunstancias es pertinente desarrollar la propuesta de comunicación en el periodo de escolaridad, es decir de Septiembre hasta Junio 2014-2015. A continuación el desarrollo de la propuesta de intervención:

Tabla 5

Propuesta del Plan de Comunicación

	Propuesta del Plan de Comunicación			
Hora /Periodo	Septiembre Junio 2013-214			
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
9:00 am a 13:00 pm	Niños y niñas 03-10 años	Adolescentes 10-19 años	Padres y madres de familia	10 años en adelante
Especialidades más concurridas	Pediatría y vacunas	Medicina general, ginecología y obstetricia	Medicina general, ginecología y obstetricia	Medicina general, ginecología y obstetricia

Santamaría M, (2014), "Propuesta del Plan de Comunicación"

4.4.1 Uso de caja de herramientas

Las líneas de acción se desarrollarán por el periodo de un mes, puesto que la periodicidad de la gente que acude al hospital después de su consulta es de este lapso de tiempo. Se lo realizará de lunes a jueves ya que los días viernes no hay mucha afluencia de personas. El tiempo de cada actividad es de aproximadamente 20 minutos, tiempo que demora una consulta. Las actividades se iniciarán en cada hora es decir de 9: 00 am a 9:30 am; de 10: 00 a 10: 30; de 11:00 a 11: 30; de 12:00 a 12:30. Es necesario indicar

que de 8:00 a 13:00 existe mucha concurrencia de gente pasada esta hora disminuye la demanda.

Dichas acciones se efectuarán en la sala de espera del ala derecha del hospital, junto a enfermería, lugar donde se toman los signos vitales a los pacientes. Este lugar es ideal para realizar las estrategias ya que los pacientes toman asiento para ser llamados a prepararse antes de su consulta médica.

Para ello se elaborará un stand que consta de una mesa y un arco de globos que estarán a la misma altura del plasma, es decir que el stand se encontrará debajo del plasma para que el DVD tenga mayor facilidad de conexión y todos los materiales se exhiban al público, es decir los productos de la caja de herramientas.

4.4.2 Carteles sobre los derechos sexuales y reproductivos

Se elaborarán carteles sobre los derechos sexuales y reproductivos que estarán pegados en la sala de espera del ala derecha del hospital con el fin de no solo enseñar a la gente que participe de las actividades, sino también en todo momento puedan leer los pacientes que se acerquen a esta parte del hospital. Además se pondrá un banner de la campaña con información de la línea telefónica y del Facebook.

Carteles sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos



Figura 51

Santamaría M, (2014), “Carteles sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos”

Carteles sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos



Figura 52

Santamaría M, (2014), “Carteles sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos”

Afiches de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios”



Figura 54

Santamaría M, (2014), “Afiches de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios”

Estos afiches se colocarán en la parte de estadística en el lado izquierdo. Los dos afiches estarán pegados en la parte superior de cada ventanilla.

Afiches de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios”



Figura 55

(ENIPLA, 2011)

Afiches de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios”



Figura 56
(ENIPLA, 2011)

Afiches de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios”



Figura 57
(ENIPLA, 2011)

4.4.4 LÍNEAS DE ACCIÓN

A continuación se detallarán las actividades del uso de la caja de herramientas:

Líneas de Acción

Lunes 9:00 a 13:00			
Edad	Recursos	Metodología	Producto
Niños 03-10 años	<p>Humano (Muñequita-Promotora)</p> <p>Físico (Televisión, DVD, Materiales de la caja de herramientas, fomix, stand, globos, banner)</p> <p>(Cada participante recibirá una golosina por su intervención. Además de una manilla de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios”)</p>	<p>-La muñequita, es decir la promotora hará un llamado por los pasillos del hospital a los niños y niñas junto con sus respectivos familiares para que se acerquen al stand.</p> <p>-Una vez que los infantes hayan tomado asiento, la promotora leerá el cuento de la niña y el mar y se hará una pequeña reflexión acerca del cuerpo.</p> <p>Luego se les mostrará el capítulo 1 y 2 del DVD Primero en familia. -Lo siguiente será indicarles que la sexualidad es un proceso natural y es parte de nuestras vidas en base a la explicación del video.</p> <p>-Al finalizar se les enseñará a los niños y niñas la importancia del cuidado y el respeto de sus cuerpos en base al cuaderno metodológico 1.</p> <p>-Para finalizar se formará grupos para jugar con el memory del cuerpo.</p>	<p>-Cuento de la niña y el mar</p> <p>-DVD Primero en Familia Capítulo 1 (De dónde venimos) y 2 (Nuestro Cuerpo)</p> <p>-Memory del Cuerpo (Juego de los pares)</p> <p>-Cuaderno metodológico 1 (Mi cuerpo)</p>

Martes 9:00 a 13:00			
Edad	Recursos	Metodología	Producto
<p>Adolescentes 10-19 años</p>	<p>Humano (Promotora) Físico (Computadora, Televisión, Materiales de la caja de herramientas, stand, globos, banner)</p> <p>(Cada participante recibirá una golosina por su intervención. Además de una manilla de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios”, un acordeón sobre los métodos anticonceptivos y un díptico de la pastilla oral de emergencia)</p>	<p>-La promotora hará jugar a los participantes con los 12 rompecabezas con sus derechos correspondientes y dará una explicación de cada uno de ellos.</p> <p>- Luego se mostrará el capítulo 3, 4, 5, 6,7 del DVD Primero en familia. Aquí se hablará de los cambios del cuerpo en hombres y mujeres, de las relaciones de pareja, de la protección en caso de relaciones sexuales y sobre todo del proyecto de vida.</p> <p>- Después del video se indicará el muestrario de métodos anticonceptivos.</p> <p>- Ilustración mediante del uso del preservativo masculino mediante el dildo. Repaso del uso del preservativo con el manual</p> <p>- Por último en base a los cuadernos metodológicos y se les pedirá a los participantes que opinen acerca del tema.</p>	<p>-Rompecabezas sobre los derechos sexuales y reproductivos. /Violencia de género.</p> <p>-DVD Primero en Familia Capítulo 3, 4, 5, 6, 7 (Autoconocimiento, La edad de los cambios, relaciones de pareja, proyecto de vida y Protección)</p> <p>-Cuaderno metodológico 2,3 y 4 (Sexualidades, Proyecto de vida, Protección y Métodos Anticonceptivos)</p> <p>-Muestrario de métodos anticonceptivos.</p> <p>-Dildo</p> <p>-Modelo pélvico</p>

Miércoles 9:00 a 13:00

Edad	Recursos	Metodología	Producto
<p>Padres y Madres de familia</p>	<p>Humano (Promotora) Físico (Computadora, Televisión, Materiales de la caja de herramientas, stand, globos, banner)</p> <p>(Cada participante recibirá una golosina por su intervención. Además de una manilla de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios”, un acordeón sobre los métodos anticonceptivos y un díptico de la pastilla oral de emergencia)</p>	<p>-La promotora hará jugar a los participantes con los 12 rompecabezas con sus derechos correspondientes y dará una explicación de cada uno de ellos.</p> <p>-Como siguiente punto se comentará acerca del video y se mostrará la importancia de la planificación familiar acorde con los cuadernos metodológicos 4 y 5.</p> <p>- Ilustración mediante del uso del preservativo masculino mediante el dildo. Repaso del uso del preservativo con el manual.</p> <p>- Ilustración del muestrario de métodos anticonceptivos.</p>	<p>-Rompecabezas sobre los derechos sexuales y reproductivos. /Violencia de género.</p> <p>-DVD Primero en Familia, video extra literal A B Y C (Anticonceptivos y Protección Violencia de Género e Infecciones de Transmisión sexual)</p> <p>- Cuaderno metodológico 4 y 5 (Métodos Anticonceptivos Paternidades y Maternidades)</p> <p>-Dildo</p> <p>-Modelo pélvico</p> <p>-Manual de uso preservativo masculino y femenino</p> <p>-Muestrario de métodos anticonceptivos.</p>

Jueves 9:00 a 13:00

Edad	Recursos	Metodología	Producto
<p>10 años en adelante</p>	<p>Humano (Promotora) Físico (Computadora, Televisión, Materiales de la caja de herramientas, stand, globos, banner)</p> <p>(Cada participante recibirá una golosina por su intervención. Además de una manilla de la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios”, un acordeón sobre los métodos anticonceptivos y un díptico de la pastilla oral de emergencia)</p>	<p>-Lo primero será mostrar al público el video.</p> <p>-Luego la promotora hará jugar a los participantes con el círculo de las creencias. Los participantes lanzan los dados y la pregunta corresponderá al número indicado por los dados.</p>	<p>-DVD Primero en Familia, video, Capítulo 8 mitos y creencias.</p> <p>-Círculo de creencias</p> <p>-Dados</p>

CONCLUSIONES

Como ya anunciamos anteriormente la comunicación participativa permite desarrollar espacios de interacción entre los sujetos. Es así que dichas estrategias, logran que la comunicación sea un medio participativo al generar que las personas con sus propios conocimientos logren intercambiar sus opiniones y experiencias a través de las diferentes estrategias comunicativas que permiten lograr este tipo de comunicación. Tanto los pacientes como los profesionales de la salud pueden retroalimentarse a través del diálogo que genera los procesos comunicativos que tiene las herramientas de la campaña.

Los proyectos que desarrolla el gobierno a través de los ministerios enfocados en las instituciones públicas, como es el caso del hospital, las organizaciones sociales pueden empoderarse de los conocimientos y ser quienes formen nuevos espacios de comunicación ya sea en las escuelas, colegios, en las juntas barriales y hasta en los propios hogares. En este sentido podemos rescatar la importancia que tiene la participación de los sujetos en establecer organizaciones sociales que logren ser partícipes directos en la toma de decisiones.

En el diagnóstico realizado para establecer las estrategias del plan se evidenció que el sexo femenino en su gran mayoría son las que más frecuentan el hospital por atención médica personal y atención de su familia. Por lo que son potencialmente voceras de las acciones que se hacen en el hospital y se empoderan del conocimiento subministrado. Es

decir que son ellas instrumento en el desarrollo de organizaciones para dar a conocer sus derechos sexuales y reproductivos en el entorno que les rodea.

Las estrategias planteadas en esta tesis sostienen un enfoque comunicativo en darle un mejor uso a la caja de herramientas ya que utiliza parámetros de una comunicación participativa, comunitaria y sobre todo estratégica, es decir que toma en cuenta a todos los actores sociales y utiliza los recursos específicamente para cada uno de ellos.

Es evidente que la propuesta del plan de comunicación plantea espacios de inclusión en el sentido de que todas las personas sin distinción de edad, sexo, creencia o estado civil pueden participar de las estrategias de la campaña ya que en sí misma se solventa en la equidad de género y la participación activa de todo tipo de público. Cada herramienta de la campaña está dirigida a todas las personas por lo que los procesos comunicativos a través de las herramientas, están pensados para todas aquellas personas que son parte hospital.

Esta investigación resalta que la propuesta del plan de comunicación en base a la campaña “Habla serio, sexualidad sin misterios” pretende ser una herramienta de desarrollo humano y social, en el sentido de que las personas que acuden por diferentes causas al hospital puedan utilizar la información suministrada para su propio beneficio. En el sentido de que adapten posturas de convivencia más equitativa, justas y sobre todo planificadas.

RECOMENDACIONES

El plan de comunicación de este trabajo de grado no solo debería ser implementado en el hospital, sino también en los colegios y escuelas de la zona. Así como también en las unidades educativas de las parroquias nororientales del cantón Quito como son: Cumbayá, Tumbaco, Puembo, Pifo, Tababela y el Quinche.

Muchos de los y las estudiantes de estos sectores no acuden al hospital por diversas razones por lo que no son parte de las estrategias ya planteadas. Una buena medida es implementar dichas las estrategias en las unidades educativas aledañas para lograr que los jóvenes sean parte de este plan.

Es necesario efectuar una evaluación del uso de la caja de herramientas como de las demás estrategias por cada seis meses, para verificar si dichas medidas disminuyen el índice de embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual.

En todas las unidades de salud debería haber más control por parte del personal de farmacia, en abastecer el dispensador de preservativos masculinos, puesto que las personas que asisten al centro de salud encuentran vacío el dispensador.

Las y los profesionales de la salud que dan asesoramiento en planificación familiar les corresponden brindar una atención con calidez y calidad para comprender la realidad de las personas y así empoderarlas del suficiente conocimiento para que puedan tomar sus

propias decisiones. En el diagnóstico realizado se evidenció que muchos de los médicos que ofrecen el servicio lo realizan con un lenguaje poco coloquial y de forma rápida, sin tomar en cuenta las exposiciones ya enunciadas.

ENIPLA como organismo encargado de la prevención de embarazos en adolescentes y planificación familiar, es responsable de brindar más orientación en servicio social a las y los profesionales de la salud para entregar una atención integral a los pacientes resaltando el aspecto humano, ya que es indispensable resaltar la realidad de las personas que acuden al área de salud.

Es de vital importancia que existan profesionales de comunicación social que puedan ser partícipes de las estrategias que realiza ENIPLA en todos sus campos de acción, para mejorar la calidad de los servicios y el diseño de las estrategias.

La labor del comunicador social no solo se enfoca en ser el promotor de la participación y el diálogo con la comunidad con la que trabaja, sino también su trabajo se dirige a la elaboración de proyectos sociales y estrategias comunicacionales. Por lo que es evidentemente necesario profesionales de comunicación involucrados en las estrategias del ENIPLA para promover y promocionar eficaz y eficientemente los recursos de la institución estatal.

LISTA DE REFERENCIAS

- Alfaro Moreno, R. (1999). Culturas populares y comunicación participativa. *Escribania* , 3-9.
- Asamblea Ecuador. (2008). Obtenido de <http://www.asambleanacional.gob.ec/>
- Boix, F. (1976). *De la repressió a la psicopedagogia sexual*. Barcelona: Nova Terra.
- CEDEAL. (2011). *Mujer conoce tus Derechos. Promoviendo la Equidad de Género y los Derechos Humanos de las Mujeres*. QUITO: CEDEAL .
- Dagron, A. G. (2001). *Haciendo Olas* . La Paz : The Rockefeller Foundation.
- del Valle, C. (2007). *Comunicación Participativa: Aproximaciones desde América Latina*. Sevilla: Revista Redes.com.
- El comercio. (2011). Obtenido de www.elcomercio.com/sociedad/Estrategia-Nacional-Intersectorial-Planificacion-Familiar_ECMFIL20111010_0004.pdf
- ENIPLA. (2011). Obtenido de <http://www.sexualidadsinmisterios.com/mis-derechos/96-derechos-sexuales-y-reproductivos>
- FMED. (1986). Obtenido de <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
- Herz, C. (2000). *Por una comunicación participativa*. ALER.
- http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/atoche_mm/2.pdf. (s.f.). Recuperado el 18 de 10 de 2013, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/atoche_mm/2.pdf
- http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/atoche_mm/2.pdf. (s.f.). http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/atoche_mm/2.pdf. Recuperado el 2013, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/atoche_mm/2.pdf: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/atoche_mm/2.pdf
- <http://www.amssac.org/biblioteca/definiciones-basicas/>. (s.f.). Recuperado el 12 de 01 de 2014, de <http://www.amssac.org/biblioteca/definiciones-basicas/>: <http://www.amssac.org/biblioteca/definiciones-basicas/>
- <http://www.comminit.com/node/150400>. (s.f.). *comminit*. Recuperado el 19 de 10 de 2013, de *comminit*: <http://www.comminit.com/node/150400>
- <http://www.comminit.com/node/150400>. (s.f.). <http://www.comminit.com/node/150400>. Recuperado el 23 de 10 de 2013, de <http://www.comminit.com/node/150400>: <http://www.comminit.com/node/150400>

<http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>. (s.f.). Recuperado el 18 de 12 de 2013, de <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

<http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>. (s.f.). Recuperado el 07 de 01 de 2014, de <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf. (s.f.). Recuperado el 07 de 01 de 2014, de http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf

<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>. (s.f.). Recuperado el 23 de 10 de 2013, de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>. (s.f.). <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>. Recuperado el 24 de 10 de 2013, de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

https://www.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&task=view&id=223&Itemid=272&lang=es. (s.f.). Recuperado el 18 de 12 de 2013, de https://www.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&task=view&id=223&Itemid=272&lang=es

Kaplún, M. (1985). *El comunicador popular*. Quito: CIESPAL.

Mario, M. (2002). Obtenido de <http://www.comminit.com/node/150400>

Martin Barbero, J. (1980). *Retos de la investigación de comunicación en América Latina*. Cali: Humánitas.

Mattelart, A. y. (1997). Historia de las teorías de la comunicación. En A. y. Mattelart, *Historia de las teorías de la comunicación* (pág. p 48). Barcelona: PAIDÓS.

Mosquera. (2002). Obtenido de http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf

Mosquera. (2002). Obtenido de http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf

MSP. (2011). Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/vih/VIH-SIDA_E_INFECIONES.pdf

MSP. (2012). Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/somossalud/images/documentos/guia/Manual_M AIS-MSP12.12.12.pdf

OMS. (1946). Obtenido de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

- OMS. (1994). Obtenido de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/srh_lancetseries_es.pdf
- OMS. (2006). Obtenido de <http://receptscantabria.blogspot.com/2014/02/14-febrero-dia-europeo-de-la-salud.html>
- OMS. (2006). Obtenido de <http://aprendiendosexualidad.blogspot.com/2008/06/educacin-sexual.html>
- OPS. (2000). Obtenido de <http://www.amssac.org/biblioteca/definiciones-basicas/>
- OPS. (2012). Obtenido de https://www.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&task=view&id=223&Itemid=272&lang=es
- OPS/UNESCO. (1993). *Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina*. Quito.
- razón y palabra. (1987). Obtenido de http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/ultimas/38_Garrido_M75.pdf
- Reunión del Comité Asesor sobre Políticas de Comunicación Social en los Ministerios de Salud Pública para la Promoción de. (1993). *Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina*. Quito.
- Salud, O. M. (2006). (*Organización Mundial de la Salud, 2006*). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. Genova.
- SSilva, V. (2001). *Immediaciones de la Comunicación*. Montevideo: Universidad de Uruguay.
- UNFPA. (1994). Obtenido de https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spain.pdf
- Utreras Merino, J. (1998). *Comunicación popular, alternativa y participatoria*. Quito: Quipos.