



CRECER SIN VIH

Prevenir con educación

Crecer sin VIH

Prevenir con educación

Edilma Berrío, Blas Armién y Domingo Stanziola.



Edilma Berrio, Blas Armién y Domingo Stanziola.
Crecer sin VIH: Prevenir con educación.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA),
Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES).
Panamá, 2014.

100 páginas

Fotografías: Adriano Duff, Diego Gutiérrez, Domingo Stanziola, Blas Armién.

Diseño de portada y diagramación: Dado Arte, S.A.

ISBN: 978-9962-05-684-3

© UNFPA

Derechos reservados.

Los textos incluidos en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del UNFPA y el ICGES. Este documento es para distribución general. Se reservan los derechos de autoría y se autorizan las reproducciones y traducciones siempre que se cite la fuente. Queda prohibido todo uso de esta obra, de sus reproducciones o de sus traducciones con fines comerciales.

El UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, agencia de cooperación internacional para el desarrollo que provee apoyo técnico a los países a fin de apoyar la generación y utilización de datos socio-demográficos que ayuden a la formulación de políticas y programas de reducción de la pobreza, contribuyendo a un mundo donde cada embarazo sea deseado, cada parto sea sin riesgos, las niñas y mujeres sean tratadas con dignidad y respeto, todos los y las adolescentes y jóvenes estén libres de VIH/sida y que alcancen su pleno desarrollo.



*Dedicado a la memoria de la Dra. Yadira Carrera Aguilar (q.e.p.d.),
incansable luchadora por los derechos y el bienestar
de las niñas, niños y adolescentes de Panamá.*

Créditos

De la larga lista de profesionales que contribuyó en el desarrollo de esta obra, nuestros más cercanos colaboradores fueron Diego Gutiérrez, Libertad Rivera y Yamina Samudio quienes participaron recabando información, entrevistando personajes clave y en la coordinación de los talleres que se realizaron.

Un agradecimiento muy especial a las personas que revisaron los borradores y ofrecieron sus valiosos comentarios. Entre ellos, queremos destacar los aportes de Dra. Lícida Bautista (Asesora Técnica de VIH/ sida en UNFPA, LACRO), Mgter. Laura Flores (Representante Auxiliar del UNFPA, Panamá), Psic. Martha Icaza (Analista de Programas en SRH e interculturalidad del UNFPA, Panamá), Dr. Ricardo García (Director ONUSIDA, Panamá), Dra. Rosa María Britton (Ginecóloga Oncóloga y escritora), Prof. Juan Bosco Bernal (Educador, Rector UDELAS, Ex Ministro de Educación y escritor), Dra. Gladys Guerrero (Epidemióloga), Licda. Dionisia Barrios (Abogada) y Dr. Javier Stanziola (Economista y escritor). Agradecemos a la Licda. Rosa Vargas del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, por el apoyo logístico. A los demás colaboradores, nuestro más profundo agradecimiento.

Corresponde agradecer a las oficinas del UNFPA en Panamá y al Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios para la Salud (ICGES), por el incondicional apoyo técnico y financiero para la ejecución de este proyecto.

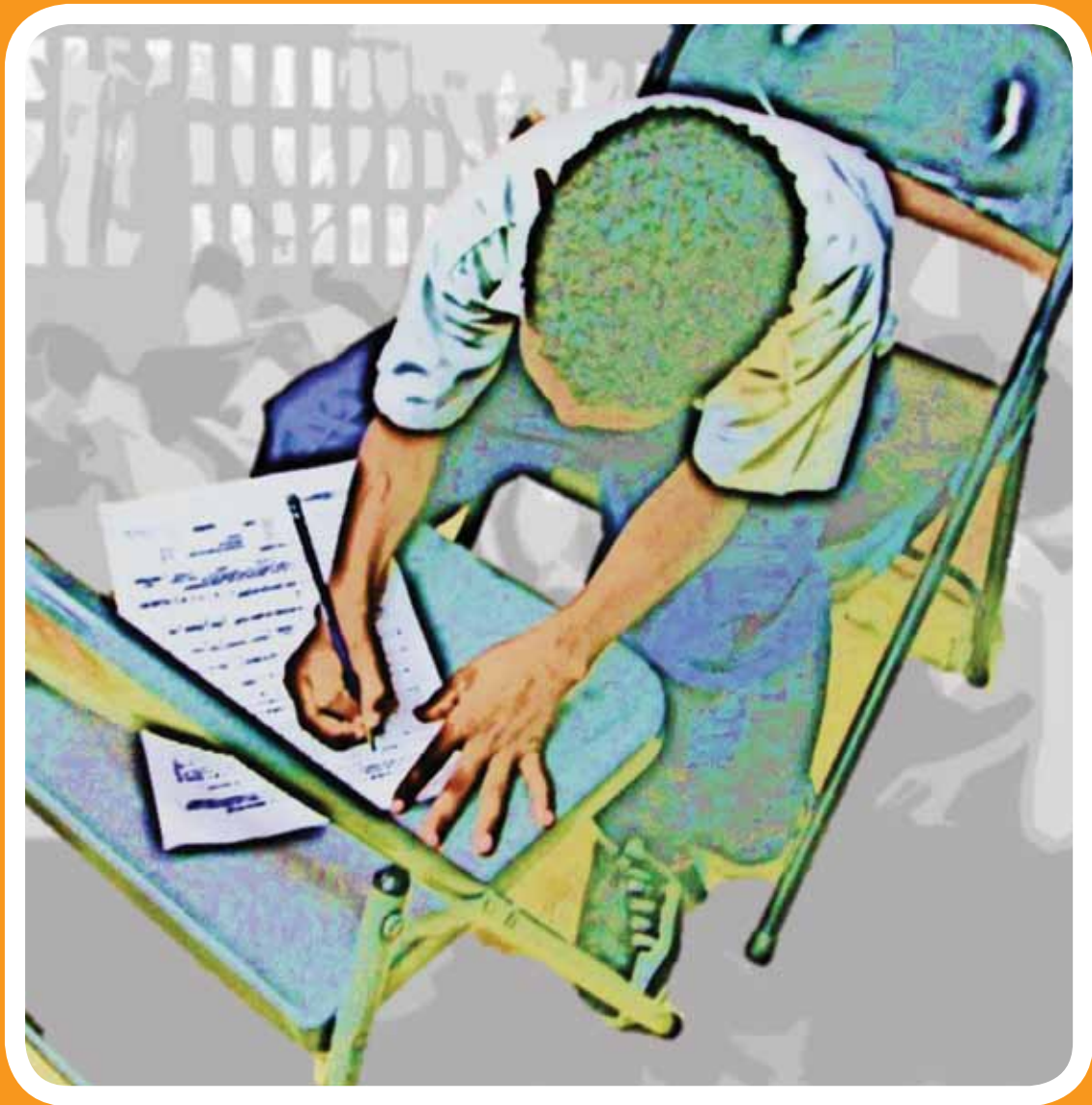
Abreviaturas, siglas y acrónimos

CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
CONAVIH	Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH
CSS	Caja de Seguro Social
ENASSER	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
EPI	Enfermedad pélvica inflamatoria
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censo
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MEDUCA	Ministerio de Educación
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MINSA	Ministerio de Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y sida
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
PNVIH	Programa Nacional de VIH y sida
PROBIDSIDA	Fundación pro bienestar y dignidad de las personas afectadas por el VIH/sida
Sida	Síndrome de la inmunodeficiencia humana
TARV	Terapia antirretroviral
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VPH	Virus del papiloma humano

Contenido

Créditos.....	4
Abreviaturas, siglas y acrónimos.....	5
Introducción.....	9
Capítulo 1. ¿Por qué son importantes el VIH y el sida?.....	11
¿Qué es el VIH?.....	11
¿Qué es el sida?.....	12
¿Cómo se transmite el VIH?.....	13
¿Cuántas personas viven con el VIH en Panamá?	14
Discriminación y VIH.....	15
La atención de las personas con VIH en Panamá.....	16
Los costos del VIH	17
Capítulo 2. Infecciones de transmisión sexual en adolescentes.....	19
Vaginitis y vulvovaginitis.....	20
Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).....	20
Sífilis	21
Herpes genital	21
Virus del papiloma humano (VPH).....	22
Uretritis.....	22
Capítulo 3. La Prevención del VIH y las ITS.....	23
Factores de protección y factores de riesgo en la transmisión de las ITS y el VIH.....	23
Prácticas para evitar la transmisión de las ITS y el VIH.....	27
Prevención post exposición.....	28
Prevención de la transmisión perinatal.....	28
La participación de las autoridades en la prevención del VIH.....	29
Capítulo 4. Sexualidad: un tema para todas y todos.....	31
Sexo.....	32
Género, identidad de género y roles de género.....	32
Orientación sexual.....	32
Erotismo y placer.....	33
Afectividad y vinculación afectiva.....	34
Capítulo 5. Salud, derechos, sexualidad y reproducción.....	35
Salud sexual y salud reproductiva	35
Derechos sexuales y derechos reproductivos	36
Derechos sexuales y derechos reproductivos de adolescentes en Panamá.....	37
Capítulo 6. ¿Cómo aprenden las y los adolescentes sobre sexualidad?	39
La educación informal.....	39
La educación no formal.....	40
La educación formal.....	40
La educación intercultural	41

Capítulo 7. El ejercicio de la sexualidad durante la adolescencia.	43
Conocimientos actitudes y prácticas sobre sexualidad entre adolescentes de Panamá.	43
Edad de inicio de las relaciones sexuales.....	44
Número de parejas sexuales entre adolescentes.	45
Adolescencia y el comercio sexual.	46
El uso de anticonceptivos entre las y los adolescentes.....	46
Los embarazos durante la adolescencia.....	47
Número de embarazos adolescentes.....	48
Tasa de fecundidad de adolescentes.....	48
Porcentaje de madres adolescentes.....	50
Las adolescentes embarazadas dentro del sistema escolar.....	51
El aborto en adolescentes de Panamá	51
Muertes relacionadas con el embarazo y el parto durante la adolescencia.	52
Los adolescentes que son padres.	53
Capítulo 8. Abuso sexual, maltrato y violencia.	55
Edad de consentimiento sexual	55
Abuso Sexual	56
Registro de violencia y abuso sexual en Panamá.....	57
Capítulo 9. Implementación de programas de Educación Integral sobre Sexualidad para niños, niñas y adolescentes.	59
Marco internacional para el desarrollo de programas.....	59
<i>CIPD y el Programa de Acción (1994).</i>	60
<i>La Cumbre del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000).</i>	61
<i>Declaraciones de Compromiso en la lucha contra el VIH y el sida.</i>	62
<i>Declaración Ministerial de México “Prevenir con Educación” (2008).</i>	62
<i>Consenso de Montevideo (2013).</i>	63
Legislación nacional en materia de educación sobre sexualidad.....	64
Definiendo la Educación Integral de la Sexualidad.....	65
Características y requerimientos para la implementación de programas de educación integral de la sexualidad.....	66
Perfil de docentes que participa en los programas de educación integral de la sexualidad.....	70
Selección de contenidos.....	71
Matriz de información, competencias y actitudes para el desarrollo de programas de educación sobre la sexualidad.	73
Educación Preescolar.....	74
Educación Básica.....	78
Educación Pre Media	82
Educación Media.....	84
Conclusiones.....	89
Glosario.	91
Bibliografía.	93



Introducción

Al iniciar la lectura de este libro, hay una intención muy clara que es necesario resaltar. Su propósito es ayudar a la niñez, la adolescencia y la juventud ante un problema que no ha recibido una respuesta adecuada. El problema consiste en que la población adolescente está debutando en sus relaciones sexuales, a edades cada vez más tempranas y siguiendo conductas sexuales de riesgo.

Los resultados de estas conductas se reflejan en el país como una persistentemente elevada proporción de adolescentes embarazadas y la ocurrencia en jóvenes de ambos sexos, de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo la infección por el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

De manera particular, el VIH representa uno de los grandes retos de la salud pública, no sólo en nuestro país, sino para todo el mundo. Aproximadamente 34 millones de personas vivían con el VIH en el mundo a finales del año 2011. Para esa misma fecha se estimó que en el mundo, el 0.8% de las personas con edades entre 15 y 49 años, vivían con el VIH y ese mismo año se registraron 2.5 millones de casos nuevos (ONUSIDA, 2012).

La prevención de la transmisión del virus es uno de los enfoques cardinales en la respuesta contra el VIH. La educación, a través de la implementación de programas apropiados, es fundamental

para lograr este objetivo. La efectividad de estos programas preventivos depende en gran medida de la posibilidad de contar con profesionales de la educación dispuestos y capacitados para el desarrollo de los contenidos.

Es por ello que Crecer sin VIH está dirigido a todo el personal docente de Panamá. Deseamos ofrecerles una visión objetiva sobre el VIH, la sexualidad de las y los adolescentes en Panamá y sobre la educación integral de la sexualidad. De esta forma, nos proponemos contribuir a la sensibilización y toma de conciencia sobre la necesidad del desarrollo de estos programas, dentro de un marco de respeto a los valores, costumbres y tradiciones de la población.

Esta obra fue elaborada con base a un estudio de campo y una revisión de la literatura sobre VIH, sida, infecciones de transmisión sexual y educación sobre la sexualidad. Dos talleres fueron realizados en torno al desarrollo del libro. El primero, con la participación de 25 docentes procedentes de diferentes puntos de la República, contribuyó a identificar las necesidades de los educadores al confrontar el desarrollo de los con-

... las y los adolescentes están debutando en sus relaciones sexuales, a edades cada vez más tempranas y siguiendo conductas sexuales de riesgo.

tenidos de educación integral de la sexualidad. El segundo taller congregó a representantes de diferentes corrientes profesionales e ideológicas para validar su contenido.

El documento se sustenta en una gran cantidad de información existente sobre el tema que ha sido ordenada para que llegue a las manos de quienes la necesitan para actuar. Procuramos seleccionar y plasmar conceptos claves, por lo que, gran cantidad de detalles fueron omitidos. Al respecto, nuestro mayor deseo es generar focos de diálogo y de investigación personal, en un tema tan cambiante y creciente como el abordado.

Crecer sin VIH se propone generar motivación en cada persona, para sumarse a los esfuerzos por contribuir en el ofrecimiento de una educación integral de la sexualidad apropiada para todas las niñas, niños y adolescentes de Panamá, aplicando los conocimientos más avanzados y buscando escenarios de cooperación y respeto mutuo.

Capítulo 1

¿Por qué son importantes el VIH y el sida?

En 1981 se dio la primera alerta sobre una nueva enfermedad que suprimía las defensas contra las infecciones en las personas. La enfermedad fue llamada sida y el microorganismo causante es conocido como el VIH.

Posteriormente se descubrió que los primeros casos de sida en humanos, realmente ocurrieron en África durante la década de 1950. Desde entonces, el virus se propagó silenciosamente por todo el mundo, de tal forma que, para el año de su descubrimiento en Estados Unidos, se estima que ya existían en el mundo alrededor de 23 millones de personas con el VIH, y 6 millones de personas habían fallecido por causa del sida.

En los años discurridos desde entonces, el mundo ha sido testigo de una enérgica respuesta global que ha impactado el curso de esta pandemia. Actualmente contamos con un mejor conocimiento del agente causante, se comprende mejor la forma en que es transmitido y cómo se puede prevenir su transmisión. Existen tratamientos que pueden prolongar la vida de las personas que viven con VIH. Pero, a pesar de ello, aun no se ha descubierto una vacuna eficaz y no existe una forma accesible de curarla.

Las generaciones actuales tienen a su alcance la oportunidad, los conocimientos y recursos para contribuir de manera efectiva a frenar el avance del sida y lograr la meta global de “cero nuevas

Personas que vivían con el VIH en el mundo hasta finales del año 2011:

- 34 millones de personas con VIH
- 0.8% de la población entre 15-49 años
- 2.5 millones de casos nuevos

ONUSIDA, 2012

infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida”.

En este capítulo se presenta un bosquejo sobre el VIH y el sida, algunas estadísticas sobre su magnitud y otros aspectos que adquieren relevancia al tratar el tema.

¿Qué es el VIH?

VIH es la sigla de **virus de la inmunodeficiencia humana**. El sistema

inmunitario o sistema inmune es el sistema de defensas contra infecciones en los humanos. Está compuesto por diferentes tipos de células, cada una con funciones específicas en la protección del organismo. Cuando el VIH logra

Al inicio, la mayoría de las personas que viven con el VIH no presentan síntomas...

La única forma de determinar si el VIH está presente en el cuerpo es mediante pruebas de sangre.

entrar al torrente sanguíneo, ataca las células del sistema inmunitario que circulan en la sangre. De manera particular, el VIH se une, invade y destruye a un grupo de células llamadas linfocitos T- CD4+.

Al inicio, la mayoría de las personas que viven con el VIH no presentan síntomas. En ellos y ellas, durante meses o años el virus continúa atacando, silenciosamente, las defensas del organismo. Algunas personas desarrollan el **síndrome retroviral agudo**, que consiste en fiebre, erupciones cutáneas, malestar e inflamación de los ganglios linfáticos. Estos cuadros son difíciles de distinguir de infecciones virales sin importancia.

A medida que avanza la enfermedad y disminuye el número de los linfocitos T- CD4+, las personas experimentan un deterioro progresivo de sus defensas, lo cual es denominado **inmunodeficiencia**. Durante esta fase los afectados presentan infecciones por virus, bacterias y hongos que son poco comunes entre personas con sistemas inmunitarios sanos. Estas infecciones son llamadas **infecciones oportunistas** porque se aprovechan de la debilidad del sistema inmunitario.

Una vez que el VIH ha provocado un estado de inmunodeficiencia, los síntomas que se presentan son los de las infecciones oportunistas. El tiempo en que aparecen estos síntomas es variable, pudiendo ser de meses a años desde que se adquirió el VIH.

La única forma de determinar si el VIH está presente en el cuerpo es mediante pruebas de sangre.

El sida continúa siendo uno de los retos de salud más desafiantes en el mundo.

¿Qué es el sida?

Sida es el acrónimo de **síndrome de inmunodeficiencia adquirida**. El término sida se aplica para las etapas más avanzadas de la infección por el VIH, cuando se manifiesta alguna de las infecciones oportunistas, alguno de los cánceres relacionados con el VIH o cuando el nivel de los linfocitos CD4+ se encuentran por debajo de niveles críticos.

Algunas de las enfermedades e infecciones relacionadas con el sida:

- Cuadros diarreicos severos, prolongados o recurrentes y de difícil manejo,
- Infecciones respiratorias severas y recurrentes causadas por hongos y organismos poco comunes,
- Tuberculosis,
- Herpes,
- Algunos tipos de cáncer como el sarcoma de kaposi,
- Otras.

¿Cómo se transmite el VIH?

El VIH no puede vivir en el ambiente. Por lo tanto, no se puede transmitir por contactos casuales de tipo no sexual, como sucede entre compañeros de trabajo, en la escuela o entre convivientes en un domicilio. Tampoco se puede transmitir por estornudos, al toser, en abrazos o saludos con las manos.

Para que ocurra la transmisión del virus es necesaria una secreción o fluido corporal que contenga una alta concentración del virus. Las que implican el mayor riesgo son sangre, semen, secreciones vaginales y la leche materna. Para que una persona adquiera la infección, alguna de estas secreciones con el virus debe entrar en contacto con las mucosas o el torrente sanguíneo.

Son tres las formas principales en las que una persona se puede exponer al virus:

1. **Teniendo relaciones sexuales con penetración y sin protección.** Las relaciones sexuales anales receptivas exponen al máximo riesgo. La transmisión del VIH durante las relaciones sexuales es facilitada por cualquier proceso que produzca inflamación de las mucosas de los genitales, como por ejemplo: las infecciones de transmisión sexual, particularmente las que producen úlceras, como el herpes, sífilis y chancro.
2. **Al tener contacto directo con sangre,** que puede ocurrir al compartir jeringas usadas, punciones accidentales con jeringas contaminadas o al realizarse tatuajes y perforaciones en la piel utilizando instrumentos que no están estériles.
3. **Transmisión vertical de la madre al hijo** durante el embarazo, parto o la lactancia materna.

Las mucosas o membranas mucosas son la piel que recubre las cavidades naturales que tienen contacto con el exterior del organismo. La piel de la boca, ano y vagina son mucosas. Se diferencian de la piel exterior por ser suaves y húmedas.

Las prácticas sexuales como el sexo oral parecen asociarse con un riesgo relativamente bajo, pero no son totalmente seguras. Las lesiones y heridas en la boca pueden aumentar el riesgo.

La transmisión de una enfermedad o infección de la madre a su hijo o hija, antes de nacer, después del parto o durante los primeros días de vida, es conocida como transmisión vertical.

En Panamá, dos tercios de las personas infectadas por el VIH la adquirieron por medio de relaciones sexuales y el 3% fue transmitido verticalmente por la madre durante el embarazo o parto. En el resto de las personas, no se determinó una forma de transmisión (MINSA, 2011).

¿Cuántas personas viven con el VIH en Panamá?

El primer caso registrado de infección por el VIH en Panamá ocurrió en 1984 (De Icaza et al, 1985). Desde entonces, el número de casos nuevos ha mostrado un incremento sostenido. Tanto así que, tras una década desde la identificación del primer caso en el país, el sida se constituyó en una causa importante de enfermedad y muerte en Panamá. Para el año 2004, llegó a ser la octava causa de muertes en el país y la sexta causa de muertes en los distritos de Panamá y San Miguelito. Para las personas con edades entre 15 y 24 años fue la tercera causa de muerte, y la segunda causa de muerte para las personas de entre 25 a 34 años de edad (INEC, 2004).

Se estima que el 0.8% de la población de Panamá con edades de 15 a 49 años, viven con el VIH.

Informe UNGASS 2012.

Las cifras más recientes señalan que hasta septiembre de 2013 se habían reportado 13,264 casos acumulados de sida y 7,773 personas con infecciones por el VIH que aún no presentaban el sida (MINSA, 2013). Las estimaciones oficiales revelan que hasta el 2013, cerca de

22 mil personas en Panamá vivían con el VIH. Esta última cifra se calcula a partir del número de casos registrados, las características de la forma

de transmisión y el número de muertes registradas, tomando en cuenta que existe una cantidad de personas que ya tienen la infección y no han sido diagnosticados o no lo saben (ONUSIDA/OMS, 2003).

Según el sexo de la persona, la mayor proporción de personas afectadas son hombres: existe una mujer que vive con el VIH por cada tres hombres que lo tienen en Panamá (MINSA, 2013).

En América Central, Panamá ocupa el tercer lugar con más afectados por el VIH desde el año 2005.

Para definir la extensión y la severidad de la epidemia por el VIH en un área geográfica, la OMS utiliza una clasificación de cuatro niveles. La clasificación se basa en las características de la difusión del virus, la proporción de personas afectadas y los segmentos de la población en los que se encuentra. La epidemia del VIH en Panamá se ha categorizado como una epidemia concentrada.

En las epidemias concentradas, el virus se ha difundido rápidamente entre personas que asumen conductas sexuales de riesgo, sin alcanzar una difusión importante entre la población general.

Las principales conductas de riesgo que se han identificado son:

- *Tener relaciones sexuales sin protección con una pareja cuyo estado de VIH es desconocido;*
- *Tener relaciones sexuales con múltiples parejas sin protección y*
- *Uso de drogas inyectables con agujas y jeringas contaminadas (ONUSIDA, 2007).*

Discriminación y VIH

Con mucha frecuencia las personas con el VIH son rechazadas por otras personas. La discriminación es cualquier forma de distinción, exclusión o restricción, que afecte a una persona por razón de una característica personal inherente, independientemente de la existencia o no de justificación para tales medidas (ONUSIDA, 2001).

En nuestro país, el 40% de las personas con VIH ha sido objeto de alguna forma de discriminación por causa del VIH. La principal fuente de discriminación proviene de las personas que les son más cercanas, estando en primer lugar sus propios familiares; en segundo lugar el personal de salud, es decir médicos, enfermeras y otros; y en tercer lugar, el personal docente (IIDEHSA y UNFPA, 2009).

La no discriminación es uno de los derechos humanos básicos. Por esta razón, la discriminación es prohibida por diversos instrumentos de derecho internacional que han sido adoptados por nuestro país. De manera particular, la Ley 3 sobre VIH y sida prohíbe cualquier forma de discriminación, segregación o acto estigmatizador contra personas afectadas por el VIH, sus familiares o personas allegadas.

La misma ley prohíbe las restricciones en los derechos y libertades del individuo por causa de la infección del VIH, incluyendo el derecho fundamental a la confidencialidad. Prohíbe también

toda forma de discriminación laboral, y señala que ningún patrono público ni privado, nacional o extranjero está autorizado para solicitar la prueba del VIH para efectos de obtener trabajo o conservarlo.

La prohibición de la discriminación, a la vez de proteger a las personas que viven con el VIH y a sus familiares y amigos, es imprescindible para el avance de las acciones contra el VIH. La discriminación genera miedo e intolerancia y exacerba diferentes formas de marginación que alejan a las personas de los programas preventivos. Esto obstaculiza la realización voluntaria de la prueba y la divulgación de la información necesaria para prevenir nuevos casos.

El lenguaje es una de las formas principales de instituir la discriminación, por lo que es básico evitar los peyorativos y siempre utilizar expresiones no discriminantes en los procesos de comunicación y educación sobre el VIH y el sida.

La Ley 3 del 2000, sobre VIH y sida, prohíbe cualquier forma de discriminación, segregación o acto estigmatizador contra personas afectadas por el VIH o sus familiares o allegados y prohíbe las restricciones en los derechos y libertades del individuo por causa de la infección del VIH, incluyendo el derecho fundamental a la confidencialidad.

Recomendaciones al hablar del VIH y sida:

1. Utilizar: **Personas con VIH o que viven con VIH o sida** (no llamarlos enfermos, víctimas, portador, sidosos, seropositivos).
2. Utilizar: **Transmitir, contraer o adquirir el VIH** (no utilizar infectar o contagiar).
3. Utilizar: **Prácticas o conductas de riesgo** (No hablar de grupos de riesgo o personas de riesgo).
4. Evitar el manejo de las identidades de género como si fueran enfermedades (gais, lesbianas, transgéneros, bisexuales).
5. Sida y VIH no son lo mismo. Además, es incorrecto decir “virus del sida”.

La realización de la prueba del VIH es obligatoria sólo bajo ciertas condiciones:

1. Personas que están bajo atención médica y es requerida para establecer el diagnóstico, el tratamiento o la atención en mujeres embarazadas y sus hijos,
2. Casos judiciales o médico legales,
3. Para hacer donaciones de sangre, órganos o secreciones del cuerpo humano,
4. En las pruebas pre matrimoniales y
5. En el control regular de las y los trabajadores sexuales.

La atención de las personas con VIH en Panamá

El primer punto de contacto entre una persona con VIH y los profesionales de la salud suele ser al momento de ofrecerse la prueba. El personal de salud, tanto del sector público como privado, debe recomendar la realización de la prueba a toda persona, hombre o mujer, que sea sexualmente activa. La realización de la prueba debe acompañarse de la consejería apropiada por el personal de salud, antes y después de realizarse la prueba. Acorde con los resultados, se canalizará a la persona de la manera más apropiada según los recursos disponibles.

La prueba del VIH debe ser ofrecida a toda persona, que sea sexualmente activa.

Desde 1999 existen clínicas para atender a las personas con VIH. La atención en estas clínicas involucra siete servicios básicos: medicina, enfermería, farmacia, labo-

ratorio clínico, salud mental, nutrición, dietética y trabajo social. El aspecto más importante de la atención es el ofrecimiento del tratamiento médico contra el virus, conocida como triple terapia o terapia antirretroviral (TARV). Para el año 2012, el 74% (6,411) de las personas que requerían la TARV la recibieron (MINSAL, 2013).

Para las mujeres y la niñez de Panamá se han desarrollado importantes acciones de prevención. Entre ellas, la realización universal de la prueba entre las embarazadas, la administración de la terapia para prevenir la transmisión de las madres que viven con VIH a sus bebés y el suministro de fórmulas lácteas para remplazar la lactancia materna a los bebés nacidos de mujeres con el VIH. Durante el año 2012, la cobertura de la prueba de VIH en embarazadas fue de 92.6% (68,822) y de ellas 181 resultaron positivas por VIH (MINSAL, 2013).

Aun no se ha logrado que todas las personas que viven con VIH tengan acceso al tratamiento. Pero la introducción de la terapia antirretroviral, la promoción universal de la prueba y la sensibilización de la población, han contribuido a contener y declinar el número de personas que mueren cada año por el sida en Panamá.

Los costos del VIH

Los costos de la atención representan un tema importante. Se ha estimado que los gastos para la respuesta contra el VIH en Panamá durante el año 2010, fue de 24,3 millones de balboas (ONUSIDA, 2011). Los fondos invertidos han procedido de diferentes fuentes. La principal fuente se origina en los fondos del estado, que financia el 65% del gasto efectuado. Un 29% procede del sector privado y el 6% corresponde a los Organismos Internacionales.

La atención y tratamiento de las personas con VIH representa alrededor de 10,4 millones de dólares en Panamá, monto asumido principalmente por el sector gubernamental. Las acciones de prevención representan cerca de 12 millones de dólares en los que el sector privado tiene una importante participación (58%).

Se ha estimado que los costos de la atención del VIH aumentarán en el futuro. Con las tendencias actuales, para el año 2031 los costos podrán alcanzar sumas de entre 19,000 y 33,000 millones de dólares al año al nivel mundial.

Hoy tenemos el poder de prevenir este aumento. Si los programas nacionales enfocan sus recursos hacia programas preventivos acordes con la realidad de nuestra epidemia, eliminando las intervenciones que no gocen de un sólido fundamento, los resultados serán más efectivos (Hecht, 2010).

Si los programas nacionales enfocan sus recursos hacia programas preventivos acordes con la realidad de nuestra epidemia, eliminando las intervenciones que no gocen de un sólido fundamento, los resultados serán más efectivos.



Capítulo 2

Infecciones de transmisión sexual en adolescentes

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), antes llamadas enfermedades venéreas, son infecciones que se transmiten de persona a persona por medio del contacto que se produce durante relaciones sexuales con alguien que tiene la infección. Algunas de las ITS se pueden transmitir también por compartir jeringuillas y agujas contaminadas, por contacto con la sangre de personas infectadas o de la madre al hijo o hija durante el embarazo o el parto. Las ITS afectan de igual forma tanto a hombres como a mujeres, aunque algunas infecciones pueden tener efectos más graves en las mujeres.

Las ITS pueden ser causadas por diferentes clases de microbios. Los síntomas con los cuales se presentan pueden ser muy variados. Existen más de 20 tipos diferentes de ITS y se ha observado que es muy frecuente la presencia de más de una ITS a la vez en una persona. Es por ello que los médicos tienen la obligación de descartar la existencia de otras ITS en las personas que son atendidas por una ITS, incluyendo el VIH. También se ha comprobado que la presencia de ITS favorece la transmisión del VIH, particularmente las ITS que producen lesiones ulcerosas.

Los casos de ITS en los que se involucran menores de 14 años suelen estar vinculados a situaciones de abuso sexual (Betts, Holder y Milwood, 1987).

La OMS recomienda el término Infecciones de transmisión sexual (ITS) en lugar de enfermedades de transmisión sexual (ETS), porque en muchos casos las personas pueden tener la infección sin presentar síntomas de enfermedad.

Cualquier persona en la que se sospeche una infección de transmisión sexual, debe ser referida para recibir atención médica calificada.

A continuación se describen brevemente las ITS más comunes entre las y los adolescentes en Panamá. Cualquier persona en quien se sospeche algún síntoma de una de estas infecciones debe ser referida para recibir atención médica calificada.

Vaginitis y vulvovaginitis

La vaginitis engloba un grupo de enfermedades que se caracterizan por la presencia de secreción vaginal con mal olor. En ocasiones se acompaña de irritación o prurito en la vulva, llamándose en este caso vulvovaginitis. Algunas veces, es posible que las mujeres y niñas afectadas no presenten síntomas.

Las causas más comunes son la vaginosis bacteriana, la tricomoniasis y la candidiasis. Esta última no necesariamente se transmite por el contacto sexual. Por lo tanto, no siempre las vaginitis y vulvovaginitis son causadas por transmisión sexual.

Cuando no se recibe el tratamiento adecuado, además de las incomodidades ocasionadas por la irritación, las secreciones y el mal olor, la vaginitis puede asociarse principalmente a complicaciones durante el embarazo o en cualquier procedimiento obstétrico.

Las estadísticas del MINSA en Panamá señalan que durante el 2012, cerca de 3,000 mujeres entre 10 y 19 años fueron tratadas por vaginitis y vulvovaginitis Agregar (MINSA, 2013).

Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)

La EPI incluye un grupo de enfermedades inflamatorias de la parte alta del sistema reproductor femenino, que incluye:

- La salpingitis (inflamación de las trompas de falopio),
- Endometritis (inflamación del endometrio o parte interna del útero),
- Inflamación de los ovarios,
- Inflamación conjunta de más de una de estas estructuras,
- Formación de abscesos, o
- El paso de la infección al resto de la cavidad abdominal.

La EPI es causada por microbios que ascienden por la vagina y el cuello uterino. Los principales causantes son el gonococo y las clamidias. Los síntomas pueden ser variables, predominando la fiebre, el dolor abdominal y la secreción vaginal anormal. En ocasiones el diagnóstico puede ser difícil de establecer y requerirá la realización de pruebas de laboratorio y ultrasonografías. En la EPI, si no se recibe tratamiento adecuado, pueden desarrollarse complicaciones o secuelas graves.

Durante el 2012 se reportaron 3534 casos en el país, de los cuales 248 casos fueron adolescentes de 15 a 19 años. (MINSA, 2013.)

Sífilis

La sífilis es una ITS crónica que puede afectar todo el organismo. Luego de semanas sin presentar síntomas tras adquirir la infección, empieza la llamada sífilis primaria. En esta etapa aparecen úlceras genitales que no son dolorosas y que persisten durante un período de cuatro a seis semanas.

Tras este periodo, las lesiones desaparecen aunque no se administre tratamiento alguno e inicia la siguiente fase de la enfermedad. En esta fase, llamada sífilis secundaria, aparecen lesiones en la piel que desaparecen y reaparecen recurrentemente por un largo periodo de tiempo, acompañándose de fiebre, dolor de garganta y de articulaciones, pérdida de peso, caída de cabello, dolores de cabeza y falta de apetito.

La tercera fase, o sífilis terciaria, es la más severa, ocasionando lesiones en el sistema nervioso, corazón, sistema circulatorio y llegar hasta la muerte inclusive.

La transmisión de la sífilis ocurre al tener relaciones sexuales con una persona afectada, por el contacto con las lesiones en la piel o por la transmisión de una madre que padece la enfermedad a su bebé durante el embarazo. La transmisión al bebé durante el embarazo se llama sífilis neonatal y puede ocasionar malformaciones congénitas.

La sífilis es una de las enfermedades más antiguas que se conoce. Pero a pesar de existir tratamientos efectivos, de bajo costo y formas para prevenirla, cada año, en todo el mundo, 12 millones de personas adquieren una infección nueva (OMS, 2008). En Panamá se registraron 1,433 casos nuevos de sífilis durante el 2012, de los cuales 177 fueron varones y mujeres entre 15 y 19 años de edad (MINSA, 2013)

Herpes genital

El herpes genital es una infección crónica causada por un virus. Pueden aparecer tanto en hombres como en mujeres. Característicamente produce brotes recurrentes de vesículas en los genitales que se convierten en úlceras dolorosas.

La infección por el herpes es incurable y los episodios en los que aparecen las vesículas dolorosas pueden continuar apareciendo durante toda la vida, aunque la tendencia es que disminuya la frecuencia con el tiempo. Igualmente, la persona afectada puede seguir transmitiendo el virus de por vida. Es posible que algunas personas no sean conscientes de tener el herpes y son los principales transmisores del virus.

El herpes genital es más frecuente en mujeres lo cual puede deberse a que es más probable que ocurra la transmisión de hombre a mujer que de mujer a hombre. El herpes puede causar infecciones severas cuando es transmitido de la madre al bebé durante el parto.

En Panamá, en el año 2012 se reportaron en total 322 personas con herpes genital, aproximadamente el 60% eran mujeres. Entre adolescentes de 15 a 19 años de ambos sexos se presentaron 46 casos, de los cuales 37 eran mujeres. (MINSA, 2013).

Virus del papiloma humano (VPH)

La infección por el virus del papiloma humano produce verrugas genitales pero la complicación más importante es el cáncer del cuello uterino. Este cáncer es la segunda causa de muertes por cáncer en mujeres en Panamá, que ocasionó 421 defunciones en el año 2010. En el año 2012 se reportaron 3 473 casos de infecciones por el VPH en el país y 334 casos eran en niñas y adolescentes de 10 a 19 años de edad (MINSa, 2013).

El año 2008, Panamá se convirtió en el primer país de Latinoamérica en aplicar la vacuna contra el virus del papiloma humano de forma obligatoria y gratuita.

Con la aplicación masiva de la vacuna contra este virus, se espera que en pocos años se logre reducir significativamente o eliminar las infecciones por el VPH y el cáncer de cérvix.

Uretritis

La uretritis es una inflamación de la uretra, el conducto que lleva la orina desde la vejiga hasta el exterior. Característicamente, la uretritis se acompaña de picazón, irritación, dolor para orinar y secreción de pus por la uretra. Los principales microbios causantes de la uretritis son el gonococo y las clamidias. En lugares donde no se pueden hacer estudios para distinguir la causa, hay que dar tratamiento para las dos. En Panamá no es frecuente que se hagan las pruebas para detectar las clamidias.

En las estadísticas del MINSa del 2010, se reportaron en todo el país 154 casos de gonorrea en adolescentes de 15 a 19 años de edad (más del 80% varones) y 15 casos en adolescentes de 10 a 14 años de edad.

Los casos de ITS en los que se involucran menores de 14 años suelen estar vinculados a situaciones de abuso sexual.

Capítulo 3

La Prevención del VIH y las ITS

Prevención es la adopción de medidas para evitar que se produzcan enfermedades o para impedir que las enfermedades, una vez adquiridas, tengan repercusiones físicas, psicológicas o sociales, negativas.

A pesar de ser conocidas las formas de prevenir la infección por el VIH, y que existen los recursos al alcance de la mayoría de la población, el número de las personas que contraen y mueren por causa del VIH se mantiene en un crecimiento constante en todo el mundo. Esto es así porque hay personas que:

- No saben o no comprenden cómo prevenir la infección;
- Les falta motivación para adoptar conductas seguras;
- Los factores de protección son escasos.

En la actualidad es claro que los programas de salud sexual y prevención del VIH y las ITS deben reflejar una comprensión de la complejidad de la conducta sexual humana, e incorporar la realidad de que las relaciones sexuales incluyen las dinámicas de género, las relaciones de poder en las parejas y el deseo de intimidad y el placer, como una función primordial en el comportamiento sexual humano (WAS, 2008).

En este capítulo se presenta una breve descripción de los factores ambientales que puede con-

tribuir o reducir las posibilidades de transmisión del VIH, las acciones específicas para prevenir la transmisión y un breve esbozo sobre el rol de las autoridades.

Factores de protección y factores de riesgo en la transmisión de las ITS y el VIH

Las conductas de riesgo son comportamientos que crean, aumentan y perpetúan la probabilidad que una persona pueda contraer una enfermedad, en este caso, la infección por el VIH. **Los programas que intentan reducir el impacto del VIH transmitiendo solamente información sobre esta enfermedad han demostrado no ser efectivos** (Visser, 2005).

Se ha observado que existen ciertos factores que modifican de manera positiva o negativa la posibilidad que una persona adopte conductas de riesgo, es decir, factores que en su presencia o ausencia favorecen o evitan que las personas asuman las conductas que pueden desarrollar enfermedades. **La adolescencia es el momento ideal para proporcionar a las personas los fundamentos para prevenir las conductas de riesgo.**

Los principales factores que están asociados al riesgo de transmisión del VIH están relacionados con las características personales, de la familia y de la comunidad (McBride y Bell, 2011).

- **Características personales:** la principal característica en los individuos, que los protege contra la aparición de conductas de riesgo, es la resiliencia. La resiliencia es la capacidad de afrontar las adversidades y fortalecerse en medio de ellas. Las personas más resilientes tienen mayor equilibrio emocional frente a las situaciones de estrés y soportan mejor la presión. La resiliencia está compuesta por una serie de habilidades que pueden ser aprendidas y desarrolladas.
- **La familia** es el ambiente en el que se forma el individuo. Dentro de la familia se crean y reproducen modelos de conducta y se imprimen experiencias que perduran en los individuos. Las experiencias pueden ser negativas o positivas. Las experiencias negativas son el cimiento para las conductas de riesgo y están vinculadas a problemas del comportamiento y numerosos trastornos mentales y emocionales. Entre estas experiencias negativas se incluye el maltrato y la violencia, las relaciones sexuales prematuras y el abuso de sustancias.
- **Las comunidades,** como colectivo social, pueden ser poseedoras de condiciones constructivas o destructivas para el desarrollo del individuo. Entre estas condiciones se incluye la presencia o ausencia de recursos, interacciones positivas entre sus miembros, la apariencia física y sus estructuras. La influencia de la comunidad es tal que puede modificar y alterar el carácter de las personas.

Tomando en consideración que estos factores individuales, familiares y comunitarios inciden en las conductas sexuales de riesgo, se puede inferir porqué los esfuerzos aislados o el sólo transmitir información a las personas para que no asuman conductas sexuales de riesgo, no son suficientes para que las incorporen a sus estilos de vida.

- Si la persona comprende la información y no desea asumir conductas de riesgo pero no tiene las habilidades personales para negociar el ejercicio de su sexualidad con su pareja o para decidir sobre la pareja sexual que escogerá, o sobre el uso de alguna forma de protección durante las relaciones sexuales, simplemente no lo hará.
- Y si la persona logra aprender estas habilidades, pero el efecto tóxico de la familia o la comunidad tiene un mayor peso en su vida, o no cuenta con acceso a los recursos necesarios; llámense estos servicios de salud, métodos de anticoncepción o información adecuada; igualmente no impactarán positivamente en su vida.

Dominica McBride y Carl Bell (2011) hicieron una revisión de las mejores intervenciones para prevenir la transmisión del VIH en jóvenes e identificaron siete factores que han demostrado tener el poder de contribuir al desarrollo de conductas saludables y evitar las conductas de riesgo:

1. La reconstrucción o creación del tejido social en la comunidad:

La comunidad es el conjunto de personas que conforman una unidad con cohesión social, en la que sus miembros trabajan juntos y colaboran en el cuidado de sí mismos y del resto de sus integrantes de forma conjunta. Esta definición de comunidad permite que el individuo:

- i. Construya un sentido de empoderamiento, de motivación para el cambio y progreso dentro de los miembros de la comunidad;
- ii. Desarrolle y mejore los procesos sociales e interpersonales y alianzas o coaliciones para el crecimiento personal; y
- iii. Contribuya al establecimiento de una comunidad fuerte y unificada.

Esto se logra tras fortalecer el capital social existente dentro de una comunidad (escuelas, iglesias, personas, organizaciones), e integrar estos elementos en asociación y colaboración, movilizándose colectivamente hacia una visión común.

2. Facilitar el acceso a recursos y tecnologías modernas:

El concepto de tecnología abarca todos los elementos modernos que pueden ser utilizados para el bienestar de las personas. Entre ellos está el acceso a una educación de calidad, a servicios de salud integral adecuados, al tratamiento para el consumo de sustancias y acceso a la información, entre otros. Por desgracia, las comunidades

desfavorecidas o marginadas a menudo no reciben ni se benefician de los avances tecnológicos. Muchas personas en nuestro país viven en condiciones similares de a las de principios de siglo pasado, aunque residan en áreas urbanas. Por lo tanto, el suministro de tecnología, en particular la atención de la salud, es esencial.

3. Facilitar la vinculación en varios ámbitos:

Los seres humanos somos criaturas sociales. Desde la infancia hasta la edad adulta, la conexión con otras personas es parte integral del bienestar individual. El apego a los cuidadores y familiares durante la infancia actúa como un conductor de comportamientos, ya sean estos comportamientos sanos o enfermos. Se ha observado que las personas que han desarrollado vínculos de apego inseguros o inestables durante la infancia demuestran comportamientos violentos o de riesgo durante la adolescencia y madurez. Ese daño potencial puede ser atenuado mediante intervenciones posteriores tendientes a reducir las diferencias sociales y reforzar la conexión positiva y significativa entre las personas afectadas y los demás.

La conexión o vínculo social puede desarrollarse en distintos ámbitos: intrafamiliar, grupos de pares, la escuela o la comunidad. Las personas responsables del cuidado de los menores, pueden enseñar cómo crear vínculos fuertes dentro de la familia y con sus grupos de pares, y a ser capaces de reparar las fisuras en las relaciones utilizando la comunicación, la empatía y la aceptación. Los docentes y otras personas adultas pueden convertirse en mentores y confidentes para los adolescentes. Así mismo las instituciones, como las escuelas e iglesias, pueden ser entidades a las que se conecta a un joven para promover su bienestar.

La escuela por su parte, es un ámbito en donde niños, niñas y adolescentes aprenden a desenvolverse en la vida, en donde se transmiten valores y conocimientos, se moldean actitudes, se adquieren habilidades y destrezas, se comparten costumbres y modifican posturas y prejuicios. En este sentido, es fundamental que desde el aula se brinden elementos para fortalecer la cultura de

la prevención y la promoción de valores como el respeto, la comunicación, la solidaridad, la convivencia y la participación. Por lo tanto, la vinculación es un potente factor de protección, tanto física como mental.

4. Facilitar la mejora de la autoestima:

La autoestima es un concepto que define cómo se siente una persona acerca de sí misma o cómo siente que lo valoran. La autoestima se asocia a conductas que afectan la salud y a trastornos mentales y emocionales como la depresión y ansiedad. Mejorar la autoestima de los destinatarios de los programas es un componente crítico en cualquier intervención para promover comportamientos positivos de salud. Hay 4 condiciones para la producción de la autoestima: un sentido de conexión, un sentido de ser único, una sensación de poder, y el sentido de modelos a seguir (Bean, 1992).

5. Desarrollar habilidades sociales, emocionales y de inteligencia:

Estas habilidades, conocidas como habilidades para la vida, abarcan tres categorías básicas, que se complementan y fortalecen entre sí:

- a. Habilidades sociales o interpersonales, incluyendo comunicación, habilidades para negociación/rechazo, confianza, cooperación y empatía.
- b. Habilidades para el control de emociones, incluyendo el estrés, los sentimientos, el control y el monitoreo personal.
- c. Habilidades cognitivas, incluyendo solución de

problemas, comprensión de consecuencias, toma de decisiones, pensamiento crítico y autoevaluación.

Se ha identificado que estas habilidades son unas de las principales cau-

sas de éxito en la vida. Estas habilidades pueden generar relaciones interpersonales saludables y lo contrario también es cierto, incluyendo el desarrollo de conflictos interpersonales, aislamiento social y hasta violencia. Pueden ser enseñadas y aprendidas en los entornos educativos. Pero el desarrollo de las mismas depende de la aplicación de una pedagogía de aprendizaje activo. Las metodologías tradicionales en las que sólo se transmite información de forma unidireccional, del docente a los estudiantes, han demostrado no ser efectivas. Estas habilidades, para interiorizarse y convertirse en parte del accionar de la persona, requieren de la utilización de métodos de enseñanza participativos, tales como la actuación, socio dramas, los debates, el análisis de situaciones y la solución de problemas de forma individual, comprometiendo de forma activa a los alumnos en su desarrollo (Mangrulkar, Whitman y Posner, 2001).

6. Restablecer el escudo de protección de las personas adultas:

La protección de las personas adultas es un amortiguador contra las lesiones y peligros ambientales durante la niñez y juventud. Entre los adultos que pueden proveer esa protección están los padres, educadores y miembros de la comunidad que actúan como mentores.

Antes de alcanzar la madurez, los adolescentes y jóvenes requieren de las personas adultas como medios para inhibir o frenar conductas que les puedan ocasionar daño.

7. Minimizar los efectos del trauma.

Los eventos adversos durante la infancia pueden tener un efecto devastador y asociarse a trastornos mentales y de la conducta. Cuando estos eventos no reciben el tratamiento adecuado, el individuo puede adoptar conductas de riesgo y muerte prematura. Por esta razón, las personas que han sido expuestas a este tipo de eventos durante la infancia deben recibir la atención y el apoyo emocional necesario y una de las formas de proveerlo es enseñándoles a tener un sentido de empoderamiento y autosuficiencia.

Estos siete principios logran un impacto positivo sostenible cuando son aplicados de manera integral, en múltiples niveles, influyendo en los individuos internamente, en los sistemas familiares y en la comunidad.

Prácticas para evitar la transmisión de las ITS y el VIH

Para evitar la transmisión de las ITS y el VIH, es fundamental que cada persona tenga la oportunidad de adoptar los siguientes conocimientos y conductas:

1. Conocer la existencia de las ITS y el VIH, las formas en que son transmitidas y cómo pueden ser prevenidas.

2. Practicar sexo seguro. El sexo seguro implica el ejercicio constante de conductas sexuales con menor riesgo de infección, como la elección de una pareja sexual de quien se conoce que no tiene el VIH y quien no tiene relaciones con otras personas, la utilización de barreras para evitar el intercambio de secreciones, como los preservativos o condones, y las prácticas sexuales en las que no hay riesgo de intercambio de secreciones o sangre, como los besos y caricias mutuas.

3. Utilizar sangre, derivados y tejidos humanos que hayan sido previamente analizados. La legislación panameña norma la aplicación de la prueba a todas las personas que sean donantes de órganos, tejidos o derivados sanguíneos (Asamblea Legislativa, 1996).

4. Los usuarios de drogas inyectables deben utilizar agujas y jeringas nuevas en cada aplicación.

5. Practicar las normas de bioseguridad en la realización de procedimientos que impliquen el manejo de secreciones humanas o derivados de la sangre. Las normas de bioseguridad son una serie de prácticas que tienen el objeto de evitar la exposición de las personas involucradas en el cuidado de enfermos, a sustancias contaminadas y tienen su punto de partida en la premisa que toda persona puede tener una infección. Las medidas de precaución se clasifican en inmunizaciones o vacunas, normas de higiene personal, usos de barreras de protección (guantes, delantales impermeables y otros según el caso), procedimientos especiales en el manejo de objetos cortantes y la esterilización y desinfección de instrumental y superficies.

6. Ofrecer la prueba de detección del VIH a todas las personas de forma gratuita, voluntaria y confidencial.

Actualmente existe una gran cantidad de evidencia científica que demuestra que los condones masculinos de látex son muy eficaces en la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Para esto, los condones deben ser utilizados de forma correcta y consistente.

Prevención post exposición

La prevención post exposición, son las medidas de prevención que son aplicadas a personas en las que se sospecha que pudieron ser expuestas al VIH. Dos grupos de interés particular son:

- Las personas que presentan exposición ocupacional. Las formas más comunes de exposición ocupacional se dan cuando recibe una herida o punción por un objeto que estuvo en contacto con sangre u otras secreciones de una persona con el VIH o de una persona en la que se desconoce su estado serológico (minsa y prnih, 2002),
- Las víctimas de abuso sexual.

Para ambos casos existen normativas para la atención y administración de la terapia contra el VIH y evitar la infección. La administración de la terapia antirretroviral (TARV) debe iniciarse dentro de las primeras 72 horas desde la posible exposición al virus y se debe dar seguimiento a la persona por al menos 6 meses.

Prevención de la transmisión perinatal

Actualmente existe la forma para evitar la transmisión del VIH de la madre al hijo durante el embarazo. Para lograrlo es necesario:

1. Ofrecer información y asesoría sobre el VIH y el sida a todas las mujeres, especialmente las que desean estar embarazadas y las que están embarazadas.
2. Todas las mujeres, en especial las embarazadas, deben tener acceso a la realización de la prueba del VIH.
3. La TARV se debe garantizar a todas las mujeres que viven con VIH, durante el embarazo y el parto.
4. Garantizar el nacimiento por cesárea cuando la madre presenta una alta carga viral o se desconoce la carga viral de la madre.
5. Al nacer, se debe garantizar la realización de la prueba al recién nacido.
6. Garantizar el inicio temprano de la TARV al recién nacido.
7. El recién nacido no debe recibir lactancia materna si la madre vive con el VIH. Por lo tanto, se debe garantizar la alimentación con algún sucedáneo de la leche apropiado.

A la vez, para que esto sea posible, es imprescindible que:

8. Las instituciones públicas de salud destinen suficientes recursos (humanos y financieros) de manera oportuna y previsible.
9. Los programas de VIH, de salud materna, neonatal e infantil y de planificación familiar trabajen juntos para producir resultados de calidad y conducir a una mejora en la salud.
10. Se habilite y se capacite a las comunidades para apoyar a las mujeres, en particular a las mujeres que viven con el VIH, y sus familias, para que puedan acceder a la prevención, el tratamiento y la atención que necesiten respecto al VIH.
11. Los líderes nacionales y mundiales actúen de común acuerdo para apoyar los esfuerzos impulsados por los países y que rindan cuentas por los resultados obtenidos.

La participación de las autoridades en la prevención del VIH

Si bien es cierto que cada persona tiene la oportunidad de prevenir para sí y su pareja la transmisión del VIH y las ITS, las entidades públicas tienen una labor de suma importancia para la implementación y fortalecimiento de programas de prevención. En el ámbito político más alto, la respuesta contra el VIH debe tomar en consideración tres aspectos fundamentales:

- **Las tasas de infección por VIH y el comportamiento de la epidemia a nivel local.** Es necesario conocer la epidemia y su comportamiento para seleccionar las mejores estrategias.
- **El estado del VIH, sida y el gasto programado en función de las necesidades.** Sin el financiamiento adecuado los programas no pueden alcanzar sus objetivos.
- **La apreciación en el ámbito macro político, demográfico, económico, social y cultural.** En función del análisis de estas variables, las autoridades deben establecer las mejores estrategias a ser aplicadas en el país, garantizando los recursos y el seguimiento necesarios. Si no se ponderan adecuadamente las barreras sociales y culturales de los programas, el resultado puede ser el fracaso, como ha ocurrido en muchos programas.



Capítulo 4

Sexualidad: un tema para todas y todos

La Organización Mundial de la Salud define la sexualidad como:

“un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción.

La sexualidad se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas siempre se experimentan o se expresan.

La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006).”

En los siguientes párrafos se ampliará el significado de diferentes elementos que conforman la sexualidad.

Uno de los aspectos de la sexualidad, la reproducción, no será abordado en este texto. El tema de la reproducción, además de ser muy amplio y de gran importancia, es el tema que con más frecuencia es desarrollado en los programas de estudio.

Sexo

La palabra **sexo** en el lenguaje popular puede referirse a la actividad sexual o a los órganos genitales. Para efectos técnicos, cuando hablamos de **sexo** nos referimos al conjunto de características biológicas que diferencia a los seres humanos en masculino o femenino (OPS/OMS, 2000). En este contexto, la definición de sexo no considera las conductas o preferencias de los individuos en el ejercicio de su sexualidad, sino puramente las particularidades del organismo que son marcadas por los genitales externos, los órganos reproductivos internos y los genes. A partir de esto se establece que los seres humanos son **dimórficos**, es decir, que nuestra especie se manifiesta en dos formas sexuales, la masculina y la femenina.

Género, identidad de género y roles de género

La educación es la herramienta fundamental para combatir las discriminaciones de género y crear un cambio cultural.

Con frecuencia las expresiones sexo y género son intercambiadas como sinónimos, aunque en realidad señalan aspectos muy diferentes de la sexualidad humana. **Gé-**

nero es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo (OPS/OMS, 2000). Son las conductas que les son atribuidas a las personas por la sociedad según su sexo. Las definiciones de género son parte de un proceso evolutivo y espontáneo que puede asumir características particulares en cada cultura, sociedad, etnia o segmento geográfico.

Desde el nacimiento y a través del tiempo, cada persona construye internamente una imagen, guión o definición de sí misma que señala su comportamiento dentro de la sociedad en rela-

ción a la percepción que tiene de su propio sexo y género. Esto es la **identidad de género** y determina la forma en que las personas experimentan su género, contribuyendo al sentido de identidad, singularidad y pertenencia. La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos (OPS/OMS, 2000).

Los **roles de género** son una serie de normas sociales y de conductas, estereotipadas por la cultura, que establecen o determinan las tareas y actividades que se espera realice una persona por el sexo al que pertenece.

Las definiciones imputadas a las personas por causa de su género acarrear fuertes repercusiones, ya que les impone roles y estatus, establecen la forma en que se relacionan hombres y mujeres, tanto en la vida pública como en la privada, y cómo se construyen esas relaciones. De la manera que han existido, las definiciones de género arraigan profundas inequidades en las relaciones de poder entre el hombre y la mujer. Ejemplo de esto lo representan los mayores niveles de desempleo y sub empleo, las disparidades salariales entre las mujeres (MIDES, 2008) y la forma de interpretar las acciones de las personas, donde un mismo acto puede ser tolerado o incluso hasta bueno si lo realiza un hombre o ser malo y despreciable si el mismo acto lo realiza una mujer (CEASPA, 2001).

La educación es la herramienta fundamental para combatir las discriminaciones de género y crear un cambio cultural. De otra forma, el mismo sistema educativo se convierte en perpetuador de las injusticias y la discriminación (Muñoz, 2010).

Orientación sexual

La **orientación sexual** es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual (OPS/OMS, 2000). La orientación sexual puede manifestarse en for-

ma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.

La orientación sexual no es una condición definida y estática. Por el contrario, se ha propuesto como un espectro de conductas que varían con el tiempo. Es decir, que la orientación o preferencia sexual de las personas puede variar con el tiempo o por las circunstancias en las que se encuentre.

El término **diversidad sexual** es el utilizado para definir la diversidad de preferencias dentro de la orientación sexual. En la década de 1940 se utilizó por primera vez una escala de comportamientos sexuales basados en la historial sexual o los episodios de actividad sexual en el tiempo. La clasificación agrupaba a las personas en asexuales, las puramente heterosexuales, la homosexualidad pura, la bisexualidad y los grados intermedios entre ellos (Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948). Posteriormente se han desarrollado tipologías más amplias, definiendo mejor la gran diversidad que existe en cuanto a las preferencias sexuales, basados en que modelos más simples no logran explicar la complejidad de la sexualidad en los humanos.

Muchas personas han experimentado rechazo, discriminación y violaciones graves de sus derechos humanos por causa de su identidad de género u orientación sexual. El año 2007, el Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) presentó en Ginebra “*Los Principios de Yogyakarta*”, que contienen los fundamentos legales y estándares básicos para que las Naciones Unidas y los Estados garanticen la aplicación de los derechos humanos en relación a la orientación sexual y la identidad de género. El documento fue redactado sobre la base de los derechos humanos que son negados a las personas por causa de su orientación sexual.

En Panamá, antes de 1973, la homosexualidad era llamada sodomía por la legislación nacional y era castigada con prisión o multa. En el 2008, con fundamento en el Artículo 19 de la Constitución Política de la República de Panamá se establece que no habrá fueros ni privilegios ni discrimina-

ción por razón de raza, nacimiento, discapacidad, clase social, sexo, religión o ideas políticas y que la República de Panamá es signataria de Convenios y Tratados Internacionales relativos a los Derechos Humanos, la homosexualidad fue despenalizada (Asamblea Nacional, 2008b).

Erotismo y placer

La mayoría de las veces que se aborda el tema de la sexualidad, sus connotaciones son hacia el erotismo, tanto como punto de interés como de preocupación. Por **erotismo** entendemos los procesos humanos en torno al deseo o apetito

por la excitación sexual, la excitación misma, el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias. Sus componentes mentales, especialmente en lo que se refiere a las representaciones y simbolizaciones, así como a la significación social y su regulación, hacen del erotismo una característica específica de los seres humanos.

El erotismo es un fenómeno maleable que depende de las circunstancias históricas y sociales. Cobra diversas formas y actitudes según los momentos en que llegue a manifestarse. La imaginación es el centro del erotismo y en nuestra cultura contemporánea, lo erótico circula por las calles, mostrándose en las modas, perfumes, publicidad, realizaciones fílmicas, novelas, música y muchas otras formas (Rubio Auriolos, 1994).

El **placer** puede ser definido como una sensación o sentimiento positivo, agradable o eufórico, que se manifiesta cuando se satisface plenamente

El placer y disfrute de la sexualidad debe presentarse como un derecho y un elemento que contribuye al desarrollo apropiado y a la salud mental del individuo, que debe suceder dentro de un marco de respeto.

alguna necesidad. El placer es una de las sensaciones más importantes del ser humano para la determinación de su conducta cotidiana y, particularmente, para su vida sexual.

Muchos programas de educación sobre la sexualidad, promueven el uso de anticonceptivos y la abstinencia sexual pero no hablan del placer. El placer y disfrute de la sexualidad debe presentarse como un derecho y un elemento que contribuye al desarrollo apropiado y a la salud mental del individuo, que debe suceder dentro de un marco de respeto, subrogando las visiones que envuelven de culpa al erotismo y restringen la sexualidad a la función reproductiva (Muñoz, 2010).

Afectividad y vinculación afectiva

La **afectividad** es la necesidad que tenemos los seres humanos de establecer vínculos con otras personas. La **vinculación afectiva** es la capacidad humana de desarrollar afectos intensos ante la presencia o ausencia de otro ser humano específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que se derivan.

Existen diferentes formas de crear vínculos afectivos entre las personas. La más efectiva y mejor

conocida es el **amor**. El amor puede ser definido de muchas formas. Para la Real Academia de la Lengua Española es el sentimiento intenso del ser humano que, partiendo de su propia insuficiencia, necesita y busca el encuentro y unión con otro ser. Es un sentimiento hacia otra persona que naturalmente nos atrae y que, procurando reciprocidad en el deseo de unión, nos completa, alegra y da energía para convivir, comunicarnos y crear. Es el afecto, inclinación y entrega a alguien o algo.

El amor tiene un carácter activo: da, cuida, es responsable y respetuoso, y tiene conocimiento de la otra persona con la que se experimentan los sentimientos intensos. Erich Fromm (1959) señala que los seres humanos nacen con el potencial de poder amar, lo cual no significa que nacen sabiendo amar. Amar es una habilidad que requiere ser aprendida para practicarse. Su aprendizaje se inicia desde el nacimiento, con las expresiones de afecto que recibe de sus cuidadores primarios. Si los niños y niñas no han experimentado caricias, abrazos, arrullos y otras demostraciones de afecto, al llegar a la edad adulta pueden tener dificultad para relacionarse afectivamente con otras personas.

Un desarrollo afectivo sano constituye un factor de protección ante posibles conductas de riesgo y contribuye directamente al desarrollo de una sexualidad sana y responsable. Asimismo, favorece el desarrollo saludable de la identidad, la autoestima, la aceptación personal, la seguridad en sí mismo, etc.

Capítulo 5

Salud, derechos, sexualidad y reproducción

Salud sexual y salud reproductiva

La sexualidad es fundamental en la vida de las personas, y todos podemos desarrollar una sexualidad sana, satisfactoria y placentera.

Las definiciones de salud sexual y salud reproductiva ofrecen un estándar o ideal de las condiciones a las que podemos y debemos aspirar los seres humanos.

Salud sexual es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y que tienen la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si desean reproducirse, cuándo y con qué frecuencia.

Implícito en esta última condición está el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a los métodos de planificación familiar de su elección, que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, así como a otros métodos de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén en contra de la ley, y el derecho de acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (OMS, 2006).

Derechos sexuales y derechos reproductivos

Los temas de la salud sexual y la salud reproductiva se entrelazan con el tema de los derechos sexuales y los derechos reproductivos porque para alcanzar la salud sexual y la salud reproductiva es imprescindible que se garanticen una serie de libertades y derechos.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son bienes sociales vinculados al ejercicio efectivo de la democracia y las libertades individuales. Son parte de los derechos humanos y la salud sexual o la salud reproductiva no pueden lograrse ni mantenerse sin el respeto a estos derechos (Juárez Herrera, 2009).

Los derechos sexuales están contenidos en algunos documentos internacionales sobre derechos humanos y otras declaraciones de consenso internacional que ya están reconocidos en las leyes de Panamá.

Los Derechos reproductivos son definidos como “el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y disponer de la información y los medios para hacerlo, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y los derechos reproductivos” (United Nations Population Information Network).

La definición de la OMS de los Derechos sexuales establece el derecho de todas las personas, libres de coacción, discriminación y violencia a:

1. Alcanzar el nivel más alto posible de salud sexual, en especial el acceso a servicios de atención de salud sexual y salud reproductiva;
2. Buscar, recibir y difundir información con relación a la sexualidad;
3. Recibir educación sobre la sexualidad;
4. Que se respete su integridad física;
5. Elegir el compañero (a);
6. Decidir ser sexualmente activo o no;
7. Tener relaciones sexuales consensuales;
8. Matrimonio consensual;
9. Decidir si la persona quiere tener hijos o no, y cuándo quiere tenerlos; y
10. Llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera.

Derechos sexuales y derechos reproductivos de adolescentes en Panamá

Las y los adolescentes son personas y como tales deben ser considerados sujetos de derechos y deberes.

La Convención de los Derechos del Niño, aprobada por Panamá mediante la Ley N° 15 de 1990, establece el interés superior del menor, que es el derecho del niño, niña y adolescente a que en todas las medidas que se adopten institucionalmente, por autoridades o tribunales concernientes a niños o niñas debe prevalecer el derecho a una protección especial y que por encima de cualquier interés particular el bienestar del menor es lo que tendrá la prioridad al momento de tomarse una decisión que afecte su futuro.

Las personas menores de edad no pueden ser discriminadas, ni por sexo, edad, condición, idioma, etnia, religión, status económico u otra condición. Todo menor tiene derecho a la salud, incluyendo los aspectos educativos, preventivos y curativos.

En los servicios de salud, cuando una o un adolescente solicita atención en planificación familiar y métodos de anticoncepción, se le debe ofrecer, siempre que haya adquirido la madurez mental necesaria. El personal de salud debe determinar el contexto dentro del cual son sexualmente activos, identificando si existen situaciones de abuso,

coerción, comercio sexual, o cualquier otra condición que pongan en peligro su salud y bienestar. En todos los casos, se le ofrecerá la asesoría necesaria, las mejores alternativas para cada condición y un abordaje multidisciplinario.

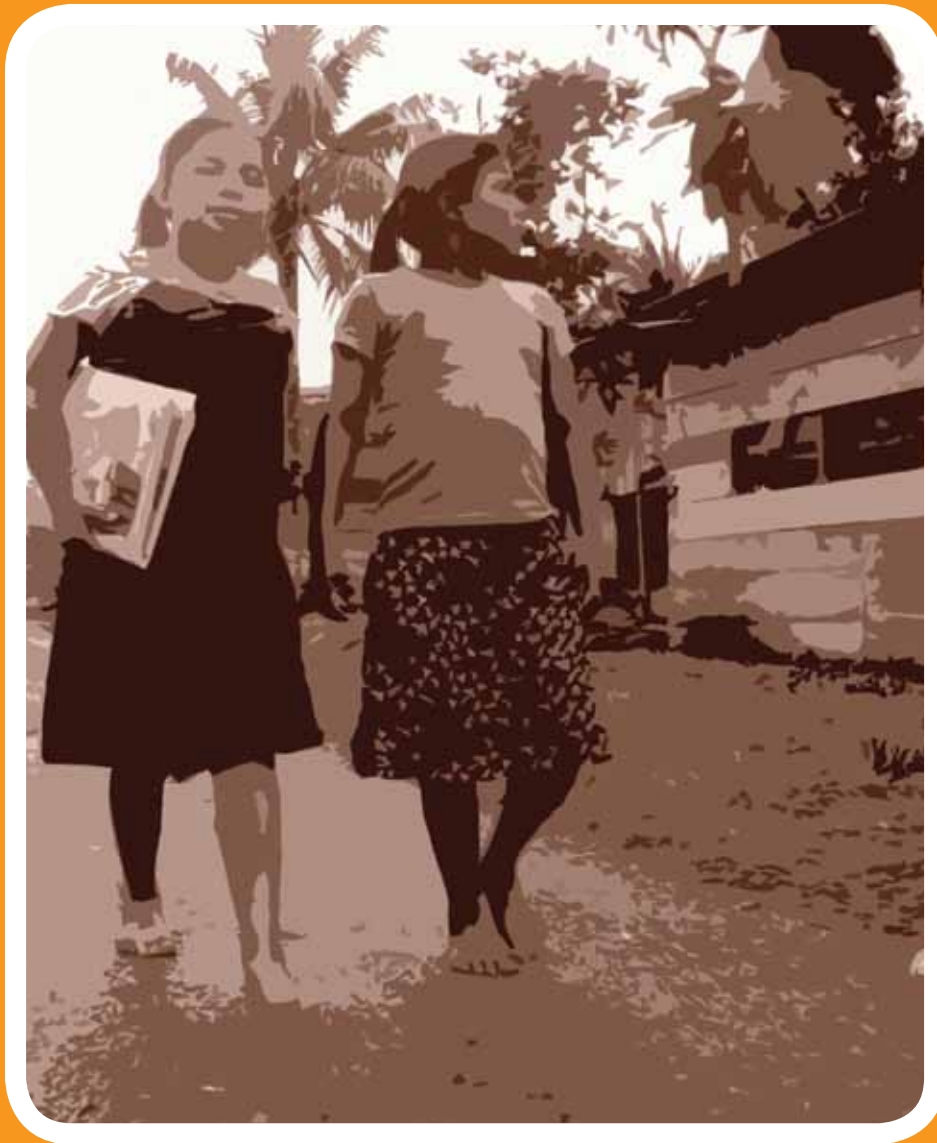
El aporte de los padres es necesario y como parte del proceso de atención, tiene que promoverse el encuentro entre el o la adolescente y sus padres.

Restringir la prestación de los servicios de salud y de salud sexual y salud reproductiva al acompañamiento de padres, madres o el representante legal, constituye una violación de sus derechos y principios básicos, los cuales son garantizados al adolescente en la legislación nacional.

El aporte de madres y padres es necesario. Como parte del proceso de atención, es necesario promover el encuentro entre el o la adolescente y sus padres. El profesional de la salud debe sostener una adecuada comunicación y eventual intermediación tanto con los y las adolescentes como con los padres, madres o tutores.

Basados en los compromisos y convenios internacionales y la legislación nacional, todos los niños, niñas y adolescentes en Panamá, tienen derecho a:

- Recibir información y educación sobre los diferentes aspectos de la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva, fomentando el respeto a la dignidad y la libertad de las personas. La información que se les brinde debe ser apropiada, científica y actualizada e incluir la prevención del maltrato, los abusos y los embarazos no deseados.
- Recibir una educación sobre sexualidad libre de prejuicios, que fomente la toma de decisiones libres e informadas, la igualdad de oportunidades y la equidad de género.
- Recibir la educación y preparación necesarias para asumir con responsabilidad su conducta sexual y reproductiva.
- Conocer sobre los servicios de salud sexual y salud reproductiva a los que tiene derecho.



Capítulo 6

¿Cómo aprenden las y los adolescentes sobre sexualidad?

Al momento de llegar al aula de clases, los niños, niñas y adolescentes poseen ya una historia de vida. Han obtenido un aprendizaje previo sobre sexualidad, el cual se contrapondrá con los conceptos que son transmitidos por los docentes.

Para identificar las características que deberán adquirir los programas sobre sexualidad, es necesario tener información apropiada sobre cuáles son los conocimientos y la información que maneja la población objetivo y las prácticas que adoptan.

En este capítulo describiremos los diferentes escenarios dentro de los cuales adquieren sus conocimientos: la educación informal, la educación no formal, la educación formal y la educación intercultural. En el siguiente capítulo se presentarán los resultados de estudios realizados en nuestro país que dan a conocer diferentes aspectos sobre los conocimientos y conductas sexuales de las y los adolescentes en Panamá.

La educación informal

La **educación** debe ser entendida como el traspaso de saberes, valores, hábitos y formas de interaccionar con el ambiente. La **educación informal** es la que se imparte sin currículos ni planes de estudios. No se desarrolla en el ámbito institucional, no está organizada ni siquiera es intencional. Acontece sin un plan, sin orden y es diseminada de manera aleatoria, pero constante.

Esta forma de educación es parte del proceso espontáneo y natural de aprendizaje de los seres humanos. Es impartida cotidianamente en las esferas en las que la persona se desenvuelve, desde

el seno del hogar donde se aprenden modelos de conducta de los familiares, en la comunidad con la reproducción de elementos culturales y sociales, los grupos de pares con su influencia directa, los medios de comunicación e información y otros.

Gran parte de los aprendizajes que adquirimos no son recibidos intencionalmente, sino a partir de las vivencias cotidianas. Actualmente, los medios de comunicación masiva tienen un rol jamás equiparado en la historia de la humanidad. En ellos se promueven modelos de conductas cuyo objetivo principal es la modificación de los patrones de consumo.

La educación informal no se basa en información científica. Suele estar cargada de mitos y propiciar prejuicios. Refuerza roles o papeles genéricos estereotipados. La educación informal compite con las otras formas de educación y prevalecen los mensajes que son transmitidos de las maneras más efectivas.

La educación no formal

La **educación no formal** es toda actividad educativa, organizada y realizada fuera del programa regular oficial para facilitar determinadas clases de aprendizaje a subgrupos particulares de la población. En su sentido más amplio, incluye las actividades educativas organizadas extracurricularmente. Incluye las acciones que desarrollan agencias gubernamentales y no gubernamentales fuera del programa escolar regular.

La educación formal

Es el proceso de enseñanza aprendizaje basado en estructuras y programas con propósitos y contenidos, bajo una relación didáctica docente - educando. La educación formal comprende el sistema educativo institucionalizado, desde la educación preescolar hasta los últimos años de la

Con la educación formal se logra el desarrollo de hábitos sexuales sanos, responsables y consensuados, aplicables a lo largo de toda la vida; y esto se alcanza como consecuencia de un proceso, que en la escuela debe ser sistematizado, humanizado, y profesionalizado.

educación superior, se fundamenta en información científica y propicia la adopción de conductas saludables.

El escenario por excelencia para la educación formal es el aula de clases. Allí, una población cautiva es guiada por personal docente con los conocimientos y competencias necesarios para transmitir información apropiada y contribuir a moldear el carácter y la personalidad de los educandos.

El propósito de incorporar la educación integral para la sexualidad desde las escuelas es asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre la sexualidad, además de prevenir problemas relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva en niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

Sin embargo, es importante marcar la diferencia que existe entre informar y educar en el terreno de la sexualidad. Informar es brindar un conocimiento, es ofrecer información que se facilita mediante el aprendizaje intelectual; pero educar, es mucho más que eso, es lograr que ese conocimiento se transforme en conducta y para ello debe intervenir el aprendizaje emocional y la adquisición de valores y habilidades. Educar es lograr el desarrollo de hábitos sexuales sanos, responsables y consensuados que sirven para aplicar a lo largo de toda la vida; y esto se alcanza como consecuencia de un proceso, que en la escuela debería ser sistematizado, humanizado, y profesionalizado.

Muchos esfuerzos realizados para la implementación de programas de educación sobre la sexualidad se han englobado dentro de procesos de educación no formal. Si los esfuerzos por desarrollar una educación integral sobre la sexualidad de calidad no logran ganar los espacios necesarios para alcanzar a todos los niños, niñas y adolescentes, dentro de los programas de educación formal, entonces, la educación informal y sus desviaciones seguirán siendo la principal fuente de enseñanza y marcarán la tónica en la educación sobre sexualidad en nuestro medio.

La educación intercultural

La **educación intercultural** es un enfoque educativo inclusivo que parte del respeto y la valoración de la diversidad cultural, busca superar el racismo, la discriminación y la exclusión de las diferentes culturas y debe ser transversal en los diferentes escenarios dentro de los cuales se adquieren los conocimientos.

Es una realidad que niñas, niños y adolescentes tienen diferentes miradas del mundo y su entorno; para educarlos en sexualidad hay que tomar en cuenta las diferencias culturales, liberarse de prejuicios y tener como principio que: hablar la lengua materna no es interculturalidad, sino traducción. Cultural es conocer como se hace la chicha, como se pesca, como se siembra, como se canta, cuando se inicia la vida sexual activa, conocer los ritos, y como algunos aspectos de la cultura son protectores de la salud.

En grupos humanos minoritarios, los aspectos culturales son relevantes para mantener el sentido de pertenencia a su cultura e identidad. Es importante destacar que cuando se toman en cuenta los valores culturales se fortalecen los procesos educativos, sobre todo en temas tan sensibles como la sexualidad, y en consecuencia ayudan a la prevención de las ITS, el VIH y los embarazos en edades tempranas.

Cuando se toman en cuenta los valores culturales se fortalecen los procesos educativos, sobre todo en temas tan sensibles como la sexualidad, y en consecuencia ayudan a la prevención de las ITS, el VIH y los embarazos a edades tempranas.



Capítulo 7

El ejercicio de la sexualidad durante la adolescencia

Para el desarrollo de este capítulo, se realizó un estudio de campo en el que se identificaron 74 estudios¹ publicados desde 1979, que documentan sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en sexualidad, infecciones de transmisión sexual y VIH de adolescentes en Panamá. Otros datos de importancia fueron obtenidos a través de las oficinas de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud (REMES) y el Programa Nacional de Epidemiología del MINSA.

Al momento de presentarse esta publicación, el estudio sobre sexualidad de mayor relevancia para el país es la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER, 2009). Esta encuesta fue aplicada durante el 2009 sobre una muestra de 8,644 personas en todo el país y publicada en el 2011.

Conocimientos actitudes y prácticas sobre sexualidad entre adolescentes de Panamá

De las publicaciones consultadas, se desprendió que las y los adolescentes en Panamá poseen un nivel aceptable de conocimientos básicos en algunos aspectos de la sexualidad, particularmente en lo referente a los nombres y el funcionamiento de los órganos reproductores. Pero también se encontró que estos conocimientos se entremezclan con mitos e ideas erróneas sobre la menstruación, la masturbación, el coito y los anticonceptivos.

En el estudio de Flores y colegas (2005) se observó que el nivel de conocimientos sobre sexualidad entre estudiantes procedentes de colegios privados es superior al nivel entre estudiantes procedentes de escuelas públicas. Además, es más frecuente que estudiantes de instituciones públicas crean en mitos sobre la sexualidad que quienes proceden de instituciones privadas.

¹ Estas publicaciones fueron obtenidas de la Biblioteca Nacional de Panamá, la biblioteca del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudio de la Salud, archivos del Programa Nacional de Niñez y Adolescencia y del Programa Nacional de VIH y Sida (PNVIH) del MINSA, y en la Biblioteca Virtual de Salud de la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) de la OPS/OMS con sede en Brasil en www.bvsalud.org/es

En cuanto a anticoncepción, casi todas las personas en Panamá, tanto hombres como mujeres, conocen algún método de planificación familiar. Entre las mujeres adolescentes, el 71% refiere que la principal fuente de información para conocer sobre anticonceptivos fueron las escuelas. Esto representa un cambio, ya que entre las mujeres que actualmente tienen edades de 45 a 49 años solo el 41% recibió información sobre anticoncepción cuando estuvieron en las escuelas (ENASSER, 2009).

Los conocimientos y la información sobre el VIH y el sida han llegado a la gran mayoría de la población en Panamá. Aun en las áreas más apartadas, el tema del VIH y el sida no es desconocido. Pero esto contrasta con los conocimientos sobre prevención. Muchos no asocian el uso del condón ni el tener solo una pareja sexual como formas de prevención de la transmisión del VIH. Apenas uno de cada diez adolescentes posee suficiente información básica para comprender y prevenir el VIH (ENASSER, 2009).

La información básica para comprender y prevenir el VIH la constituye:

- ***Conocer el uso del condón,***
- ***Saber que tener una sola pareja sexual reduce el riesgo de transmisión,***
- ***Reconocer que una persona que parezca saludable puede tener el virus y***
- ***Reconocer y descartar las ideas erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención.***

Edad de inicio de las relaciones sexuales

En la ENASSER (2009) se encontró que al cumplir los 15 años, ya el 9% de las mujeres y 28% de los hombres ha experimentado relaciones sexuales y que al cumplir los 18 años de edad, 45% de las mujeres y 74% de los varones ya son sexualmente activos.

Estos resultados apuntan hacia un cambio en la conducta sexual de la población en las últimas décadas. Cuando comparamos la edad promedio a la que iniciaron sus relaciones sexuales las personas de diferentes edades, se puede observar cómo ha disminuido la edad de inicio. Para las mujeres que actualmente tienen entre 45 y 49 años de edad, la edad promedio a la que iniciaron sus relaciones sexuales fue alrededor de los 19 años. Las mujeres de los grupos de edad más jóvenes han iniciado a menores edades de manera consecutiva hasta llegar a las de 20 a 24 años que,

en promedio, han iniciado sus relaciones sexuales a los 17.6 años de edad.

En cuanto a los hombres, la edad promedio para su debut sexual se encuentra entre los 16 y 17 años de edad. Para ellos, el rango para la edad de inicio es un patrón que se repite en todos los grupos de edad, sin variaciones con respecto a las características educativas, económicas o geográficas.

Otro estudio, con una muestra de estudiantes de cuarto a sexto grado de escuelas primarias seleccionadas en el distrito de San Miguelito, Provincia de Panamá, se observó que el 13% había tenido algún tipo de experiencia sexual, y que el 3.6% (47 de 1,296 encuestados) sostuvo relaciones sexuales con penetración (Berrío y Armién, 2005). En el estudio de Mitos en Adolescentes, el 3% de adolescentes sexualmente activos refirió

que tuvo su primera relación sexual antes de los 10 años de edad y el 46% entre los 10 y 14 años de edad (Flores et al, 2005).

Las primeras relaciones sexuales son realizadas con sus novios o novias. Entre los varones, las amigas han sido también las primeras personas con las cuales tuvieron sus primeras relaciones sexuales. Sólo el 2% de varones refirió tener su primera relación con trabajadoras del sexo.

En cuanto a la orientación sexual, se ha identificado que el 3 y 4% de las y los adolescentes sexualmente activos había sostenido en algún momento relaciones sexuales con personas del mismo sexo, mayormente entre los 12 y 17 años (Flores et al, 2005).

Estos datos no permiten establecer si las conductas sexuales señaladas fueron exploratorias, transitorias, permanentes o los factores ambientales asociados a ellas, como por ejemplo, coerción, abuso, consumo de sustancia o por propia elección. Pero, a partir de ellos se puede determinar que los y las adolescentes están explorando su sexualidad.

La edad más apropiada para el inicio de las relaciones sexuales depende de factores sociales, culturales y biológicos. Al momento de hacerlo, se requiere que mujeres y hombres tengan la madurez y la capacidad para poder asumir la responsabilidad del ejercicio de su sexualidad. Esto implica la responsabilidad para poder decidir con su pareja si desean o no tener un embarazo y tener la capacidad de prevenir la transmisión o adquisición de enfermedades.

Número de parejas sexuales entre adolescentes

Por medio de la ENASSER (2009), se observó que en Panamá el 40% de las y los adolescentes sexualmente activos ha tenido de 2 a 4 parejas sexuales y el 23% refirió haber tenido cinco o más parejas sexuales. Estamos hablando de adolescentes, por lo que estos cambios de parejas sucedieron en el lapso de unos pocos años. Es más frecuente que los varones reporten que han tenido múltiples compañeras sexuales. El 60% de las mujeres adolescentes informaron que han tenido sólo una pareja sexual en toda su vida. Sólo el 33% de los varones adolescentes sexualmente activos reportaron mantener o haber tenido sólo una pareja sexual.

El número de parejas sexuales está relacionado con riesgos a la salud. A más parejas sexuales, mayor es el riesgo de embarazos no deseados, transmisión de ITS o el VIH. Se ha documentado también que a más temprano el inicio de las relaciones sexuales, es más probable el llegar a tener un mayor número de parejas sexuales.

Adolescencia y el comercio sexual

Es poco frecuente que los adolescentes **paguen** por tener sexo. En ENASSER (2009) se registró que el 3% de los varones de 15 a 19 años ha pagado alguna vez por tener relaciones sexuales. Después de los 20 años, uno de cada cinco hombres ha pagado por tener relaciones sexuales.

Un estudio realizado por PROBIDSIDA (2010) entre adolescentes de 12 a 18 años de edad, identificó que el 6% de las y los adolescentes encuestados habían **recibido** dinero alguna vez por tener relaciones sexuales. El tema del comercio sexual entre adolescentes es de gran relevancia por el impacto que representa.

La explotación sexual comercial de personas menores de edad es un delito que ocurre cuando una o varias personas involucran a un niño, niña o adolescente (menor de 18 años de edad) en actividades sexuales o eróticas a cambio de una promesa de pago, remuneración económica o de cualquier otro tipo de retribución en especie (ropa, alimentos, drogas, entre otros)

(MINSAY y OIT, 2009).

Existen diferentes formas de comercio sexual. Por un lado están las y los trabajadores del sexo. Algunos de ellos ejercen bajo el amparo de empresas dedicadas a prestar servicios sexuales, que se encuentran bajo regulación sanitaria. Otros ejercen en la clandestinidad en lugares públicos o por medio de complejas redes de contactos.

Cuando un menor es víctima de la explotación sexual comercial, todos sus derechos son violen-

tados. Su atención precisa de un abordaje integral, eficiente y eficaz, cuya meta sea la restitución de los derechos del menor violentado.

El uso de anticonceptivos entre las y los adolescentes

Un estudio de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2013), analiza las tendencias de la fecundidad adolescente en Centroamérica, incluyendo Panamá. El estudio muestra que durante la década de 2000 la fecundidad adolescente descendió en la subregión Centroamericana, a pesar de un adelantamiento en el inicio de la actividad sexual entre adolescentes. Se concluyó que el descenso en la fecundidad adolescente en ese período fue resultado del incremento en el acceso a la anticoncepción.

A pesar de esto, las cifras de embarazo adolescentes siguen siendo altas en la región, lo cual recalca que, a pesar del incremento en el acceso a la anticoncepción, aún existe un déficit importante.

También se ha documentado que muchas de las adolescentes logran tener acceso a los anticonceptivos solo después de haber sido madres (Rodríguez, 2011 y 2009). De esta forma, los anticonceptivos no disminuyen el riesgo de ser madre adolescente, pero sí evita que tengan más embarazos en esta etapa del ciclo de vida.

El uso de anticonceptivos está determinado por múltiples factores, que incluyen la decisión personal, la capacidad de negociar su uso con la pareja, la aceptación cultural, las posibilidades adquirirlos y las características de los servicios de salud.

En Panamá, el 29% de las mujeres adolescentes

Adolescentes sexualmente activos que usan anticonceptivos:

Hombres: 80%

Mujeres: 29%

(ENASSER, 2009)

sexualmente activas usan métodos anticonceptivos. Entre los varones adolescentes la utilización de métodos anticonceptivos alcanza cerca del 80%. En ambos casos, tanto para hombres como para mujeres, los condones son el método de anticoncepción más utilizado (ENASSER, 2009).

El principal proveedor de métodos anticonceptivos para la mayoría de las personas, son los servicios de salud públicos.

Los embarazos durante la adolescencia

Se ha definido como embarazo adolescente al embarazo ocurrido durante la adolescencia, es decir, antes de cumplir los 20 años de edad. Arbitrariamente se ha dividido en:

- Embarazo adolescente precoz, que ocurre antes de cumplir los 15 años, y suele asociarse a situaciones de abuso y violencia sexual.
- Embarazo adolescente tardío, que ocurre entre los 15 y los 19 años de edad.

Los embarazos adolescentes son motivo de preocupación general debido a que:

- Tienen un impacto negativo en la salud de las madres y sus hijos,
- Contribuyen al abandono escolar,
- Limita las opciones para integrarse al mercado laboral,
- Su mayor frecuencia entre los pobres contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza,
- El incremento de su ocurrencia al margen de relaciones de pareja estables lleva a que la crianza termina a cargo de las muchachas y sus familias de origen
- Muchos de estos embarazos se originan en el abuso o el aprovechamiento por parte de adultos

Para obtener una visión objetiva de la magnitud de la ocurrencia de embarazos adolescentes, es necesaria la utilización de indicadores. Existen muchos, pero los indicadores que nos pueden servir de mayor utilidad son:

- Número de embarazos adolescentes,
- Tasa de fecundidad de adolescentes, y
- Proporción de embarazos adolescentes.

Número de embarazos adolescentes

El primer indicador de interés es el número de embarazos en adolescentes. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, contabiliza los nacimientos que ocurren en el país, pero no se lleva un registro de los embarazos. Tanto el MINSA como la CSS llevan registros de los controles de salud que se realizan a las embarazadas y aportan información sobre el número de adolescentes que acuden, pero la cobertura dista de ser total. Muchas adolescentes no acuden a los controles, por razones sociales y económicas. Además, se desconoce cuántos de estos embarazos terminan en aborto.

La mejor aproximación al número de embarazos en adolescentes proviene de sumar el total de los nacimientos y muertes fetales² registradas, cuyas madres fueron menores de 20 años de edad.

Debido a que existe una alta cobertura de registros de estos eventos por el INEC, podemos estimar, con un buen nivel de aproximación, cuantas adolescentes embarazadas hubo en un año determinado e incluso obtener estas cifras desagregadas por edad, nivel educativo y área geográfica al nivel de provincia, distrito, corregimiento o lugar poblado.

Entonces, podemos aseverar que en el 2012 se registró un total de 16,684 embarazos adolescentes, lo cual a su vez significa que durante ese año el 10% de las adolescentes de 15 a 19 años de edad estuvo embarazada en algún momento. Es decir, una de cada diez adolescentes.

Este indicador es de gran utilidad en la organización y planeación de intervenciones, al ofrecer una estimación del número de embarazadas sobre el cual se desea incidir.

Tasa de fecundidad de adolescentes

Un segundo indicador, particularmente importante para comparar los datos procedentes de diferentes períodos y lugares es la tasa de fecundidad específica. Esta se obtiene al dividir el número de bebés que han nacido durante un año para cierto grupo de edad, dividido entre la población total de mujeres de ese mismo grupo de edad. Este indicador nos señala la cantidad de nacimientos ocurridos entre las mujeres de un mismo grupo de edad. Cuando se trata de mujeres de 15 a 19 años de edad, es conocida como tasa de fecundidad adolescente o fecundidad adolescente. En Panamá, para el año 2012, la tasa de fecundidad adolescente fue de 94 nacimientos por cada 1,000 mujeres del mismo grupo de edad.

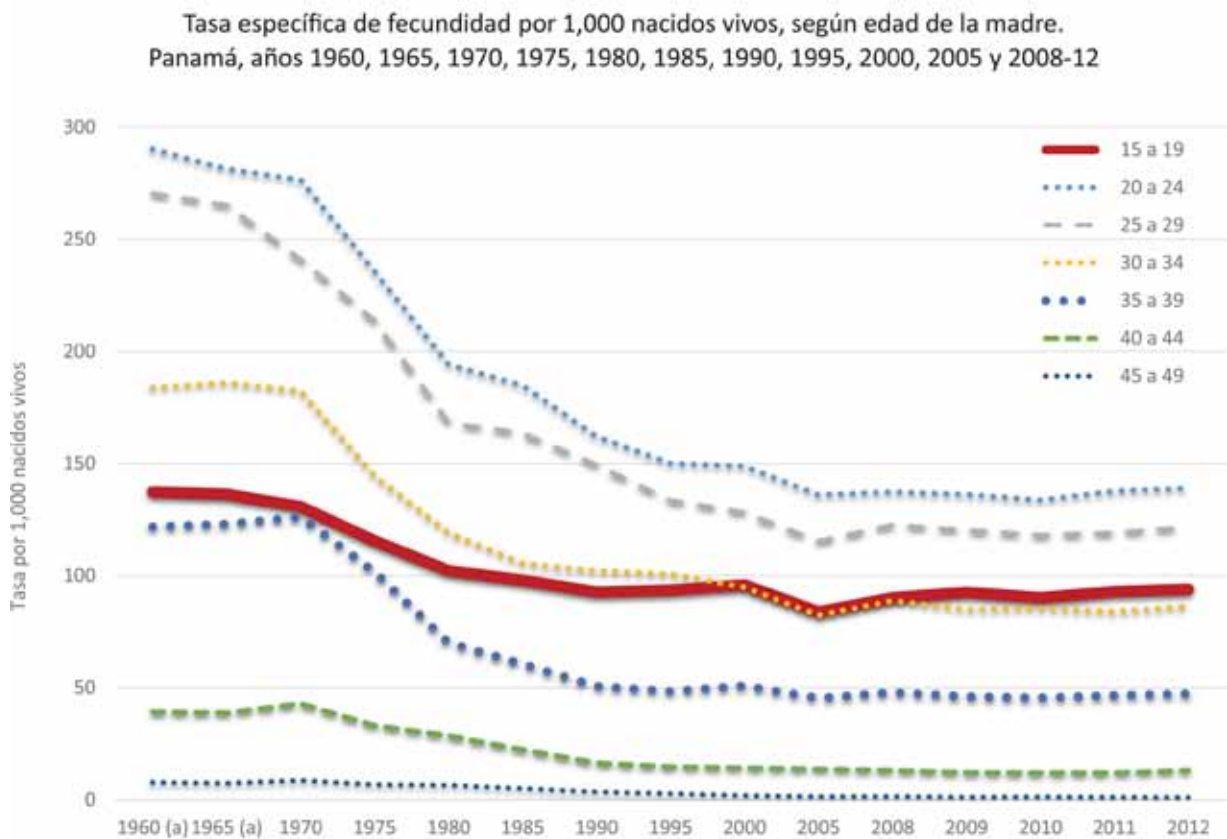
Históricamente en Panamá, la fecundidad adolescente ha experimentado un descenso importante desde la década de 1960, cuando la cifra estaba en 137 por 1,000 mujeres. Pero en las últimas dos décadas no se ha observado un cambio importante (ver gráfica N°1).

A lo interno del país son notorias las variaciones. Las tasas más altas se observan en la Provincia de Bocas del Toro (190 nacimientos por 1,000 mujeres) seguida por las Comarcas Indígenas y Darién. Las tasas más bajas se encuentran en la Provincia de Los Santos (58 nacimientos por 1000 mujeres) y Herrera (67 nacimientos por 1000 mujeres).

Si comparamos la fecundidad adolescente de Panamá con la de otros países, encontramos que las más altas están en países africanos, con valores entre 120 y 200 nacimientos por 1000 mujeres adolescentes. Pero en los países desarrollados de Asia y Europa estas cifras están por debajo de 25 nacimientos por 1000 mujeres adolescentes, llegando a valores menores o iguales a 6 naci-

2 Muertes fetales: son las muertes del feto o el embrión ocurridas en cualquier momento desde la concepción hasta el momento antes de nacer. Cuando la muerte ocurre antes de las 20 semanas, ya sea que ocurra de manera espontánea o provocada, se considera un aborto. Después de las 20 semanas se llama óbito fetal.

mientos por 1000 mujeres adolescentes en Japón, Suiza, Suecia, Corea y Dinamarca (PNUD, 2011). Las tasas de fecundidad entre adolescentes en Latinoamérica son similares a las de Panamá, con cifras entre 50 y 100 nacimientos por 1000 mujeres adolescentes.



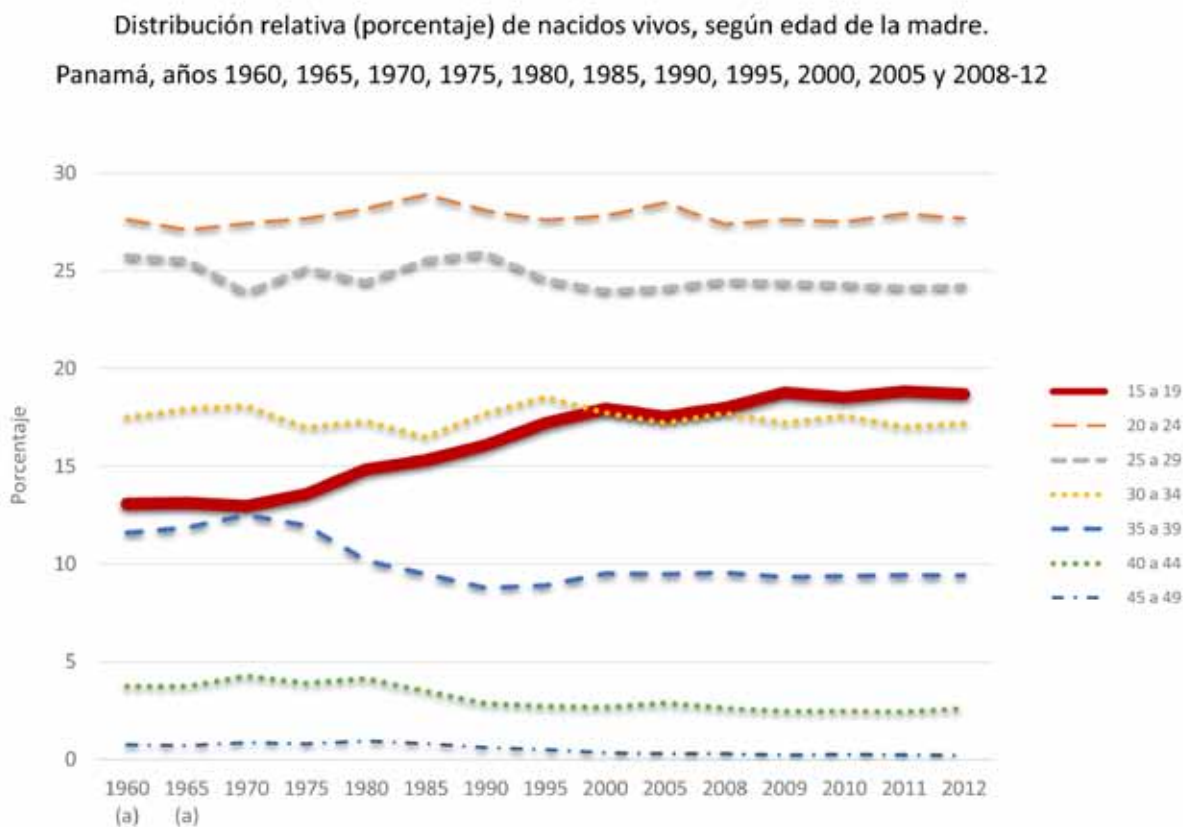
Fuente: Estadísticas Vitales: nacimientos y muertes fetales. Instituto Nacional de Estadística y Censo, Contraloría General de la República de Panamá (INEC, 2014).

Porcentaje de madres adolescentes

El porcentaje o distribución relativa de nacimientos según la edad de la madre es un reflejo de cuáles son las edades de las madres de los bebés que han nacido en un determinado periodo de tiempo. En Panamá, el 19% de los nacimientos ocurridos el año 2012 fueron de madres adolescentes. Este indicador ha demostrado un incremento sostenido para las adolescentes, desde la década de 1960, es decir, que la proporción de madres que son adolescentes ha estado en constante aumento desde esa época. El aumento en el porcentaje de madres adolescentes no indica que estén ocurriendo más embarazos adolescentes en Panamá (ver gráfica N°2).

Lo que señala este indicador es que se han reducido los nacimientos entre mujeres de mayor edad. La razón para este fenómeno es que durante esta época se introdujeron cambios científicos y sociales importantes que modificaron los patrones reproductivos en el país. Las mujeres ahora tienen acceso a métodos de anticoncepción, se integran a la fuerza laboral, exigen derechos e igualdad. Como resultado, ahora las mujeres adultas tienen menos hijos.

Pero estos cambios no han ocurrido para todas las mujeres por igual. Las mujeres adolescentes no se han beneficiado con ellos. Mientras que las mujeres adultas tienen acceso a servicios de salud reproductiva y pueden optar por no tener o tener menos hijos, las mujeres adolescentes no, y el descenso en los embarazos entre ellas no se ha sucedido como para las adultas.



Fuente: Estadísticas Vitales: nacimientos y muertes fetales. Instituto Nacional de Estadística y Censo, Contraloría General de la República de Panamá (INEC, 2014).

Las adolescentes embarazadas dentro del sistema escolar

La Ley N°29 de 2002, que garantiza la salud y la educación de la adolescente embarazada, fue creada con el propósito de garantizar el derecho de la adolescente a permanecer en el sistema escolar, dentro de la modalidad que le resulte más conveniente. El embarazo no la priva de ninguno de los derechos humanos, entre los cuales está el derecho a la educación.

El MEDUCA lleva un registro de las estudiantes que permanecen asistiendo a clases durante su embarazo. En el año 2012 fueron 1,312 estudiantes. Esta cifra representa una pequeña proporción sobre la totalidad de las adolescentes embarazadas, lo que significa que la mayoría de las adolescentes embarazadas no asiste a clases. Datos elaborados ad hoc a partir de las bases de datos del censo 2010³, señalan que el 80% de las mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad, y que son madres, no asisten a clases.

*80% de las mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad, y que son madres, no asisten a clases.
INEC, 2010*

El aborto en adolescentes de Panamá

La **defunción fetal** es un término técnico amplio para definir la muerte del feto ocurrida antes del nacimiento, cualquiera que haya sido la duración del embarazo. La defunción se señala por el hecho de que, después de la separación, el feto no respira ni muestra ningún otro signo de vida, como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios (INEC, 2012b).

En términos técnicos, un **aborto** es la expulsión del feto del vientre materno antes de cumplirse las 20 semanas de gestación o si al momento de ser expulsado pesa 500 gramos o menos. Se denomina **óbito fetal** si la defunción fetal ocurre después de las 20 semanas de gestación o si el feto pesa más de 500 gramos.

Los abortos pueden ocurrir de manera espontánea y en este caso son el resultado de un problema de salud del bebé o la madre. Los abortos también pueden ser inducidos o provocados, con la destrucción del feto dentro del útero o tras su expulsión.

La legislación de Panamá no define qué es un aborto provocado, pero está tipificado como un delito sancionado con prisión para la mujer que lo consiente y también para la persona que lo practique. Existen excepciones para esta ley en los casos en los que el embarazo pone en peligro la vida de la mujer o si el embarazo es el producto de una violación (Código Penal, 2010).

Cada año se registran en Panamá alrededor de 10,000 defunciones fetales. Las tasas de defunciones fetales más altas del país se encuentran en las ciudades de Colón y Panamá. En un estudio realizado en la Provincia de Panamá, con una muestra de 605 adolescentes de entre 14 y 19 años de edad,

3

Obtenible en: http://www.contraloria.gob.pa/inec/Redatam/index_censospma.htm

13 de ellas manifestaron haber estado embarazadas en algún momento, y todas refirieron que terminaron sus gestaciones en abortos. Seis de ellas reconocieron que tuvieron un aborto provocado y 7 que fueron abortos espontáneos (Flores et al., 2005). En la ENASSER (2009), el 7.5% de las mujeres encuestadas, con edades entre 15 y 19 años de edad refirieron haber tenido abortos y el 0.3% aceptó que fueron provocados.

Indistintamente de las circunstancias, la mujer que experimenta un aborto sin recibir la atención apropiada pone en peligro su vida.

Hay estudios que señalan que hasta un 80% de los abortos que ocurren pudieron ser provocados. Las mujeres con mayor riesgo de este tipo de aborto son las que tienen embarazos no deseados, las mujeres solteras, las de bajos ingresos y las adolescentes.

Muertes relacionadas con el embarazo y el parto durante la adolescencia

Todas las mujeres tienen derecho a recibir los cuidados necesarios durante el embarazo, el parto y el puerperio que garanticen la salud y el bienestar de la madre y el nacimiento de hijos sanos.

Las muertes maternas, es decir, las muertes de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio, tienen una gran relevancia para la salud pública. Son un indicador del bienestar y las condiciones de las madres durante el embarazo, de los cuidados que reciben, del respeto a sus derechos y de la efectividad de los sistemas y servicios de salud.

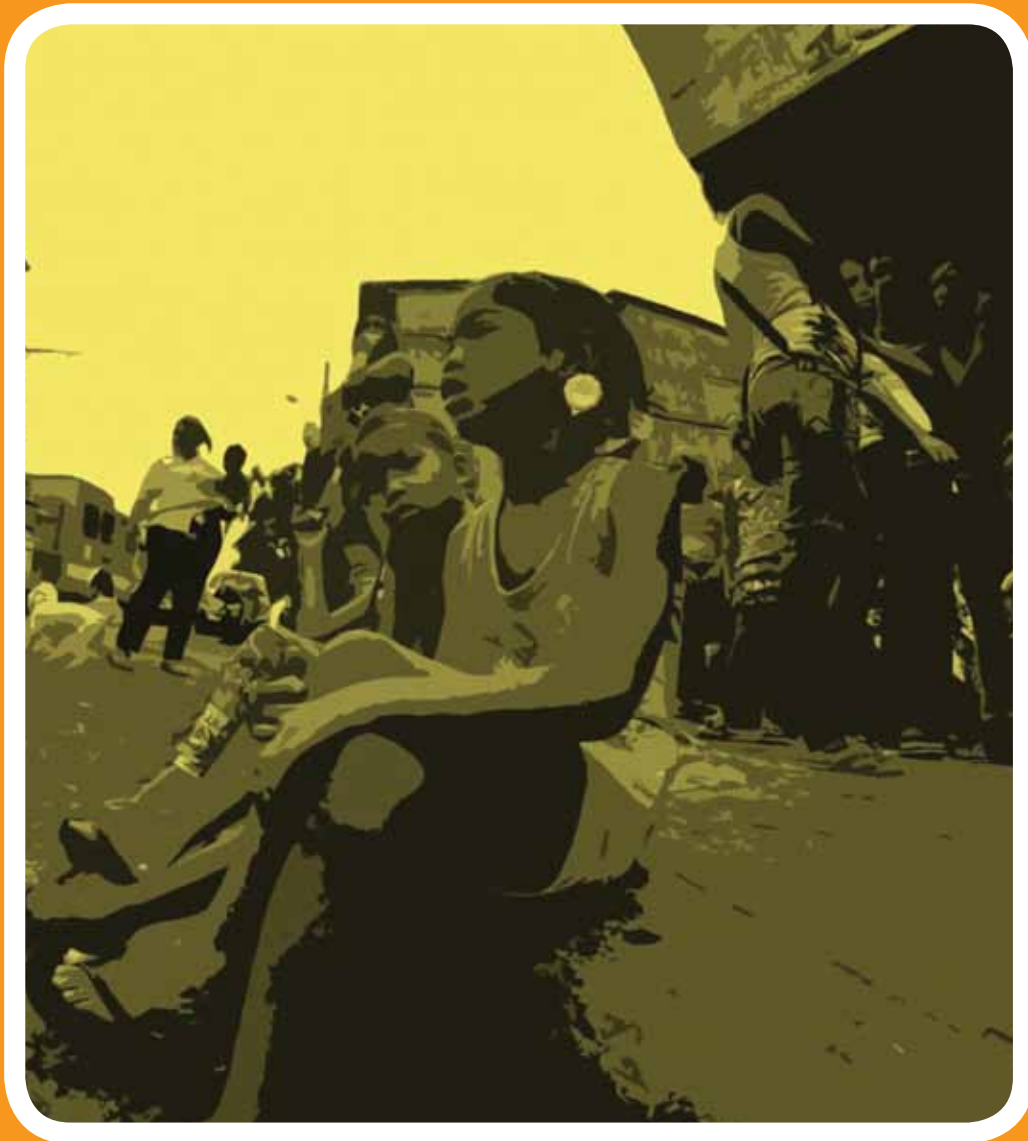
El embarazo no es una enfermedad y actualmente se puede asegurar que, cuando se cuenta con los recursos necesarios, la gran mayoría de las muertes maternas son evitables. En el 2012 se reportaron 49 muertes maternas en Panamá, de las cuales 9 correspondían a mujeres adolescentes. Una de estas muertes fue por causa de aborto (INEC, 2014)

Los adolescentes que son padres

Con frecuencia, el tema de los padres adolescentes no es tomado en cuenta dentro de los análisis de la adolescencia. El INEC registra y tabula los datos del padre con cada nacimiento y muerte fetal y el año 2012 se registraron 2,851 varones adolescentes que fueron padres. Ellos fueron los padres en el 15% de los embarazos en que las madres eran adolescentes.

El 98% de los padres adolescentes no estaban casados al momento de registrarse el nacimiento de sus vástagos. Muchos de los varones adolescentes que engendran un hijo optan por no asumir la responsabilidad de ser padres y se convierten en figuras ausentes. Los que asumen el reto de la paternidad durante la adolescencia son objeto de una transformación personal, social y vital, que les representará el abandonar muchos de los placeres propios de la edad y asumir el papel de proveedor tanto material como afectivo. La gran mayoría requerirá del apoyo de sus propios padres y madres (Molina Gutiérrez, 2011).

Muchos de los elementos en la conducta de los varones que están asociados a irresponsabilidad parental, discriminación y violencia de género y a conductas sexuales de riesgo son adoptados durante la adolescencia. Por esta razón es necesario que el tema de la sexualidad del varón sea abordado como parte de procesos formativos integrales que lo ayuden a desarrollar una visión diferente respecto de su sexualidad y las posibilidades sanas que le ofrece la vida para desarrollarla (CEASPA, 2001).



Capítulo 8

Abuso sexual, maltrato y violencia

Edad de consentimiento sexual

La **edad del consentimiento sexual** es la edad por debajo de la cual el consentimiento prestado para tener relaciones sexuales no es válido para efectos legales. En estos casos, se presume violencia o abuso por parte del que fuere de mayor edad en tales circunstancias, sin importar la existencia o no de cualquier violencia, asimilándose o sancionándose como delito de violación.

La legislación panameña establece la edad de consentimiento sexual a los 18 años para ambos sexos (Código Penal, 2010). Por lo tanto, es delito el sostener relaciones de tipo sexual con una persona menor de 18 años, de cualquier sexo. Existen agravantes que aumentan la pena imputada, como por ejemplo, si la víctima es menor de 14 años, si existe una relación de poder o dependencia sobre la víctima, la presencia de daños, embarazo o enfermedades producidas.

Se exime del castigo cuando la víctima es mayor de 14 años y existe una relación de pareja permanente, debidamente comprobada, y la diferencia de edades no es mayor de 5 años.

La **mayoría de edad sexual** indica la edad a partir de la cual se le otorga autonomía plena al individuo respecto de su vida sexual. En Panamá, la mayoría de edad sexual se alcanza igualmente a los 18 años de edad.

Abuso Sexual

La actividad sexual no consentida es considerado abuso sexual. A pesar de las definiciones clínicas y legales, en ocasiones es difícil definir con precisión qué es el abuso sexual en menores, debido a que muchos actos pueden esconderse entre límites borrosos. Clínicamente, existen seis elementos fundamentales que definen el abuso (Carnes, 1991):

1. La intención o respuesta del perpetrador. Es abuso sexual si un familiar, cuidador o cualquier persona mayor de edad, promueve, cultiva o busca respuestas sexuales en un menor;
2. La respuesta de la víctima. Cuando un niño o niña se siente violado o invadido por la conducta inapropiada de otra persona, es abuso aunque no haya sido la intención de esa persona;
3. El uso de la fuerza para obtener placer sexual;
4. La explotación en cualquier forma, es decir, la participación en cualquier práctica sexual para la obtención de algún beneficio de cualquier tipo;
5. Falta de consentimiento. La aceptación para participar en un acto de índole sexual de un menor no representa un verdadero consentimiento; es abuso sexual. Las leyes señalan la edad de consentimiento sexual en Panamá a los 18 años de edad.
6. Participación prematura. Toda actividad sexual discordante para la edad o grado de desarrollo de la o el menor.

El abuso sexual puede desarrollarse con o sin el contacto físico. Las formas de abuso con contacto físico incluyen besos o contacto físico inapropiados, manoseo sexual, masturbación, sexo oral, actividad sexual forzada. Las formas de abuso sin contacto incluyen el flirteo, lenguaje de contenido sexual inapropiado, proposiciones sexuales, voyerismo o exhibicionismo y la fijación por el desarrollo sexual.

El estupro consiste en tener relaciones sexuales con una persona de 18 años o más de edad, de cualquier sexo, tras un engaño. El engaño puede ser originado cuando se abusa de una relación de poder o dependencia de la víctima (maestros, médicos, cuidadores, tutores, jefes u otros), cuando la víctima se encuentra en condiciones de desamparo extremo o cuando se engaña a la víctima por su inexperiencia o ignorancia sobre la sexualidad.

El incesto es un tipo particular de abuso sexual contra menores perpetrado por familiares adultos. Entre las peculiaridades del incesto está la tendencia a mantenerse oculto por la participación de figuras familiares, acompañándose de negación, encubrimiento del acto y/o complicidad por parte de otros adultos que sospechan o conocen el delito, en la búsqueda de mantener un supuesto equilibrio en el ámbito familiar. Las denuncias suelen hacerse cuando se rompe ese equilibrio por la presencia de cambios físicos en el afectado como, por ejemplo, lesiones físicas mayores o embarazo (Santamaría e Icaza, 1993). Se desconocen las cifras reales sobre este problema.

Registro de violencia y abuso sexual en Panamá

Todos y cada uno de los casos de violencia, abuso sexual y abandono de los niños, niñas y adolescentes son alarmantes. Durante el 2011, en los Juzgados de Niñez y Adolescencia, 5,876 menores fueron atendidos por casos de abuso sexual, maltrato infantil, negligencia, abandono y riesgo social (INEC, 2011). El principal problema con las estadísticas citadas es la existencia de un gran subregistro. La mayoría de los casos no son reportados por el temor, las dudas o la falta de confianza en el sistema penal y de protección de los menores.

Las estadísticas demuestran que los casos de abuso sexual se pueden presentar a cualquier edad. En el 2011, de los 5,876 casos que han requerido de protección atendidos en los Juzgados de Niñez y Adolescencia del país, 541 corresponden a abuso sexual y 1,644 a maltrato mayormente físico o de género. En todos los casos, siempre quedan heridas imborrables en los afectados, sus familias y la sociedad.

Cuando un funcionario público identifica un caso en el que se sospeche violencia o abuso contra una persona menor de edad, tiene la obligación de reportar el caso, de conformidad con el Código Penal. En el Artículo 189 se señala que quien tiene conocimiento de la utilización de personas menores de edad en la ejecución de un hecho tipificado como delito sexual, y omite denunciarlo, será sancionado con prisión de 6 meses a 2 años.

El funcionario público que identifica un caso de sospecha de violencia o abuso contra una o un menor, tiene la obligación de reportar el caso.



Capítulo 9

Implementación de programas de Educación Integral sobre Sexualidad para niños, niñas y adolescentes

El escenario perfecto para educar sobre la sexualidad se encuentra en el desarrollo de programas de Educación Integral de la Sexualidad, que formen parte de los programas académicos regulares y cuenten con la participación activa de la comunidad educativa en su sentido más amplio.

Los programas basados en las escuelas tienen el potencial de alcanzar a más niños, niñas, adolescentes y jóvenes que cualquier otra institución. Ofrece la oportunidad de integrar la participación de estudiantes, padres, madres, las autoridades, diversos actores comunitarios y docentes. Además, ofrecen la oportunidad de aplicar intervenciones preventivas antes del inicio de las experiencias sexuales.

Se ha comprobado que los programas educativos de buena calidad, que son apoyados con los complementos apropiados, conducen a una demora en el inicio de la actividad sexual en la mayoría de las y los adolescentes, y quienes opten por tener relaciones sexuales, lo asuman con prácticas sexuales que minimicen los riesgos de enfermedades y embarazos no deseados (UNESCO, 2010).

Marco internacional para el desarrollo de programas

Panamá es signatario de importantes acuerdos y convenciones de orden internacional que son elementos cardinales para la implementación de programas educativos sobre la sexualidad. Se destacan la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), la Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José (ratificada por Panamá por medio de la Ley 15 de 28 de octubre de 1977), la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, ratificada mediante Ley 4 de 22 de mayo de 1981), la Convención sobre los Derechos del Niño (ratificada mediante Ley 15 del 16 de noviembre de 1990) y otras.

En las siguientes páginas presentaremos algunos de los convenios de carácter internacional que contribuyen a darle fundamento a la implementación de estos programas en nuestro país.

CIPD y el Programa de Acción (1994).

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo en 1994, marca una pauta importante en el tema de la educación integral en sexualidad. La CIPD fue la conferencia internacional relacionada con población, más grande que jamás se ha realizado en el mundo: cerca de 11,000 participantes procedentes de alrededor de 200 naciones, representando gobiernos, organismos intergubernamentales, organizaciones no gubernamentales y medios de difusión.

Como resultado de esta conferencia, se elaboró un Programa de Acción sobre Población y Desarrollo. Este programa centra su atención en la relación entre la población y el desarrollo, e introduce el abordaje innovador de poner a la persona al centro de las políticas de desarrollo. Enfatiza que las respuestas se deben concentrar en las necesidades de los individuos, dentro del marco de los derechos humanos.

La adopción de este Programa marca una nueva etapa de compromiso y voluntad para: integrar efectivamente los temas de población en las propuestas de desarrollo socioeconómico y lograr una mejor calidad de vida para todas las personas, incluidas las de las generaciones futuras.

Propugna que las personas, en especial las mujeres y niñas, obtengan mayores posibilidades de elección en servicios de salud, educación y el desarrollo de aptitudes profesionales para la obtención de mejores empleos. Aboga por el acceso a los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar y el fortalecimiento de la respuesta contra el VIH.

Los avances del Programa de Acción de la CIPD

Con respecto a los y las adolescentes, en el párrafo 7.45 se reconocen:

“los derechos, deberes y responsabilidades de los padres de proporcionar apropiada conducción y orientación en cuestiones sexuales y de la reproducción, y se exhorta a los países a asegurar que los programas y las actitudes de los encargados de prestar servicios de salud no restrinjan el acceso de los y las adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesitan, incluidos los relativos a las enfermedades de transmisión sexual y los malos tratos sexuales”.

Las metas propuestas en el Programa de Acción de la CIPD fueron elaboradas para su alcance en 20 años. Las Naciones Unidas delegó en el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés) la tarea de dar seguimiento a las metas del Programa de acción. El CIPD constituye el centro de las directrices para el trabajo del UNFPA en la actualidad.

se han ido evaluando cada cinco años. En 1999 se dio CIPD+5, cuyos resultados se presentaron en el vigésimo primer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Luego fueron realizados CIPD+10 y CIPD+15 en 2004 y 2009 respectivamente. Cada quinquenio se ha puesto de manifiesto la necesidad de intensificar los esfuerzos por parte de los países para superar limitaciones financieras, institucionales y humanas y acelerar el alcance de los objetivos acordados. En el 2014 se cumplen los 20 años de la CIPD; la revisión de los avances sobre el Plan de Acción se convierte en un insumo crítico para la agenda global de desarrollo post 2015.

La Cumbre del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000)

En septiembre de 2000, los dirigentes del mundo se reunieron en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, para aprobar la Declaración del Milenio, comprometiendo a sus países con una nueva alianza mundial para reducir los niveles de extrema pobreza y estableciendo una serie de objetivos sujetos a plazo, conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y cuyo vencimiento del plazo está fijado para el año 2015.

Los ODM están compuestos por 8 objetivos, 21 metas y 60 indicadores.

- Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal
- Objetivo 3. Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer
- Objetivo 4. Reducir la mortalidad de niños y niñas menores de 5 años
- Objetivo 5. Mejorar la salud materna
- Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades
- Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Objetivo 8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

Las metas relacionadas con el ODM 6 sobre el VIH son:

1. Frenar y comenzar a revertir la propagación del VIH y el sida para 2015
2. Para 2010, conseguir un acceso universal al tratamiento contra el VIH y el sida para todos aquellos que lo necesitan

Los indicadores para medir el progreso son:

- Proporción de personas con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, que viven con el VIH.
- Porcentaje de personas que usan preservativos en las relaciones sexuales de alto riesgo.
- Número de personas con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que muestran un conocimiento adecuado y exhaustivo acerca del VIH y el sida.
- Relación entre los índices de asistencia a la escuela de huérfanos y de no huérfanos con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años.
- Proporción de las personas que viven con el VIH en estado avanzado y tienen acceso al Tratamiento Antirretroviral.

Los programas que promueven educación, desarrollo de habilidades para la vida y capital social, una vida libre de violencia, conductas positivas en relación a la salud, mejor acceso a educación integral en sexualidad y los servicios de salud sexual y salud reproductiva para las niñas antes de que sean madres, tendrán efectos multiplicadores en favor de los diferentes ODM. Estos programas ayudarán a reducir la mortalidad infantil y la mortalidad materna asociada (ODM 4 y 5) al igual que las infecciones por VIH (ODM 6) considerando que, en muchos países, el virus se difunde rápidamente entre las mujeres jóvenes y pobres.

Declaraciones de Compromiso en la lucha contra el VIH y sida

Los Estados Miembros de las Naciones Unidas, han realizado una serie de declaraciones y compromisos para hacer retroceder la propagación del VIH.

En junio de 2001, se aprueba la primera declaración durante el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas dedicado al VIH y al sida (UNGASS), que hace eco del consenso mundial dentro de un amplio marco para alcanzar el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio: detener y empezar a invertir el curso de la epidemia de VIH para 2015.

El 2 de junio de 2006, los Estados Miembros de la ONU aprobaron por unanimidad la segunda Declaración política sobre el VIH, que reconoció la “necesidad apremiante de avanzar en forma significativa en la consecución del acceso universal a programas amplios de prevención, tratamiento, atención y apoyo para 2010”.

En 2011, al cumplirse los 30 años del inicio de la epidemia, se da la tercera la Declaración política, la cual se basa en las dos Declaraciones previas. Sin embargo, el alcance de la misma se extiende mucho más allá del sector gubernamental a la industria privada, a los grupos sindicales, las organizaciones religiosas, así como a otras entidades de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas que viven con el VIH.

Cabe destacar que Panamá es signataria de estas 3 Declaraciones políticas, lo que nos compromete a rendir informes acerca de la respuesta nacional de la lucha contra el sida. El último Informe UNGASS de Panamá, realizado en el año 2012, quedó de relieve los importantes avances que ha realizado el país, igualmente que la necesidad de ampliar las acciones de prevención.

Declaración Ministerial de México “Prevenir con Educación” (2008)

En el marco de la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida realizada en el 2008, en la Ciudad de México, se celebró la Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación de América Latina y el Caribe y se firmó la Declaración Ministerial, “Prevenir con Educación”, en la que 30 ministerios de salud y 26 ministerios de educación se comprometieron a posicionar la prevención como eje fundamental para responder de manera

Las metas plasmadas en la Declaración Ministerial Prevenir con Educación son:

- Para el año 2015 se habrá reducido en 75% la brecha en el número de escuelas bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación que no imparten educación integral en sexualidad.
- Para el año 2015, se reducirá en 50% la brecha en el número de adolescentes y jóvenes sin cobertura de servicios de salud que atiendan apropiadamente sus necesidades de salud sexual y salud reproductiva.

efectiva a la epidemia del VIH y el Sida y frenar el aumento de los embarazos en adolescente en la región, utilizando la estrategia de asegurar el acceso a la educación integral en sexualidad y servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, integrales y de calidad.

La Declaración se convirtió en un importante marco de trabajo en los sectores de salud, educación y la sociedad civil para impulsar la prevención entre jóvenes y adolescentes latinoamericanos. En este instrumento se reconoce que “La sexualidad es una dimensión constituyente del ser humano que se expresa durante toda la vida”.

Los representantes de todos los países participantes, incluido Panamá, asumieron una serie de compromisos y metas.

Los avances alcanzados por los países son evaluados por una entidad independiente. Panamá, desde la firma de la Declaración Prevenir con Educación, ha logrado un avance general del 40%, lo cual representa un avance del 60% dentro del sector salud y de un 28% dentro del sector educativo. (Coalición Mesoamericana por la Educación Integral en Sexualidad, 2013).

Consenso de Montevideo (2013)

La Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, se celebra en

agosto del 2013 y une a los países de Latinoamérica para el seguimiento del Programa de Acción de la CIPD. En su primera sesión, los países de la región firman el **Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo**, donde se plasman 130 puntos para reforzar la implementación de los asuntos de población y desarrollo a partir de 2015. Estos puntos fueron desarrollados en torno a ocho temas prioritarios, entre los cuales se destacan:

- Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes,
- El acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva,
- La igualdad de género,

Entre los puntos acordados resaltamos los siguientes:

Punto N° 11. Asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos;

Punto N° 12. Implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable, eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual;

Punto N° 14. Dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, mediante la educación integral para la sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad, incluida la anticoncepción oral de emergencia sin receta y los condones femeninos y masculinos;

Punto N° 35. Revisar la legislación, las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluida la provisión de servicios integrales amigables en el caso de adolescentes y jóvenes, y asegurar el acceso a la información completa sobre todas las opciones de servicios disponibles para todas las personas sin discriminación de ningún tipo, para asegurar que se cumplan en nuestra región los más altos estándares internacionales de protección a los derechos humanos y libertades fundamentales;

Punto N° 36. Desarrollar políticas y programas tendientes a erradicar la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género en el ejercicio de los derechos sexuales y su manifestación;

Punto N° 37. Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGTB (lesbianas, gais, transgéneros y bisexuales), personas mayores y personas con discapacidad, prestando particular atención a personas en condición de vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas y promoviendo la participación ciudadana en el seguimiento de los compromisos;

Punto N° 38. Promover la prevención y la detección oportuna y garantizar el acceso universal al tratamiento integral del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual, y eliminar el estigma y la discriminación de que suelen ser víctimas las personas que viven con el virus;

Punto N° 39. Fortalecer las medidas de detección del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas, y de prevención de la transmisión vertical del virus;

Punto N° 40. Eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños.

Legislación nacional en materia de educación sobre sexualidad

El artículo 92 de la Constitución Política de la República de Panamá establece que la educación en Panamá debe atender el desarrollo armónico e integral del educando (Asamblea Nacional, 2004a) lo cual es enfatizado entre los objetivos de la educación plasmados en la Ley Orgánica de Educación. El acápite 10 del artículo 8 de esta última, señala entre los objetivos de la educación el incentivar la conciencia para la conservación de la salud individual y colectiva.

El Código de la Familia en el artículo 671 explícitamente señala que:

“El Ministerio de Educación incluirá, en los programas oficiales, cursos obligatorios de educación familiar y sexual”

y en el artículo 703 del mismo Código, señala que:

“Las instituciones públicas y privadas de carácter educativo contribuirán a la difusión de los programas de prevención, curación y rehabilitación de la salud del menor. Igualmente, se implementarán programas de educación sexual y familiar de carácter obligatorio para las madres y padres adolescentes.”

Luego de la aparición del VIH, el país desarrolló un marco legal para la respuesta contra el virus. La Ley 3 general sobre las infecciones de transmisión sexual, el virus de la inmunodeficiencia humana y el sida, del año 2000, señala que “el Ministerio de Salud coordinará la elaboración del programa de educación y campañas nacionales de prevención y control de las ITS, VIH y sida, con todas las entidades gubernamentales, autónomas, semiautónomas, con el apoyo del personal del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y otros, y que en conjunto, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud elaborarán un plan estratégico integral de educación en salud sexual y salud reproductiva, así como de prevención y control de las ITS, VIH y sida, que se aplicaran en todos los establecimientos de enseñanza, oficiales y particulares.

En el desarrollo de estos programas permanentes, el Ministerio de Salud apoyará al Ministerio de Educación en el desarrollo de programas permanentes de actualización en salud sexual y salud reproductiva, así como de prevención de las ITS/VIH/sida, para los docentes de los centros de enseñanza, oficial y particular, se supervisará y evaluará periódicamente los contenidos curriculares de los programas educativos, e integrando al MIDES, se elaborara un programa educativo para niñas, niños y adolescentes institucionalizados, trabajadores, de la calle o en la calle y sus familiares.

El artículo 91 menciona que las campañas educativas que se realicen deberán incluir la promoción del uso del preservativo como medio efectivo para prevenir las ITS y el VIH.

Definiendo la Educación Integral de la Sexualidad

Si hablamos solamente de educación sexual, puede incurrirse en el error de enfocarse en los aspectos biológicos de la conducta sexual humana. La expresión Educación Integral de la sexualidad se refiere al abordaje educativo acerca del sexo y las relaciones, basada en un enfoque de derechos, ofreciendo información científicamente precisa, realista, carente de elementos de juicio, adecuada a la edad y culturalmente relevante, que contribuye al desarrollo de competencias para ejercer los derechos sexuales y derechos reproductivos y favorecer una mejor calidad de vida actual y futura.

Características de la educación integral de la sexualidad:

Basada en

- La evidencia y el pensamiento científico.
- En los derechos humanos.
- Respeto por la pluralidad y la diversidad.
- Con perspectiva de género.
- Apropiaada a la edad y al desarrollo de las personas.
- Promueve conductas saludables.
- Abre la posibilidad a cambios conductuales y actitudinales.
- Un concepto positivo y holístico de la sexualidad humana que incluye el placer.
- Reconoce las múltiples dimensiones de la sexualidad.

La educación integral de la sexualidad debe ofrecer información y al mismo tiempo contribuir al desarrollo de habilidades para actuar de manera armónica con la información recibida. Este tipo de educación contribuye al desarrollo del respeto, la eliminación de prejuicios, formación de actitudes positivas y a la construcción de sociedades equitativas.

La educación sobre sexualidad debe adaptarse en función de la edad, los patrones culturales y las necesidades de estudiantes y sus familias, tomando en cuenta grupos especiales como los menores no escolarizados y las madres adolescentes (Muñoz, 2010). Esta visión de la educación ofrece la oportunidad de explorar valores, actitudes y la construcción de la toma de decisiones, habilidades de comunicación y de reducción de riesgos en muchos aspectos de la sexualidad.

La educación integral de la sexualidad debe ofrecer información y al mismo tiempo contribuir al desarrollo de habilidades para actuar de manera armónica con la información recibida.

Características y requerimientos para la implementación de programas de educación integral de la sexualidad

La educación integral de la sexualidad tiene sus particularidades. **A diferencia de otros procesos de capacitación, en los que mayormente se transmite información, en la implementación de estos programas es necesario que se establezcan conocimientos y aprendizajes asociados a la adopción de conductas que deben ser sostenibles con el tiempo.**

Cuando se trata de seleccionar las intervenciones, buenas personas con buenas intenciones no es suficiente. Existen experiencias de la aplicación de intervenciones que gozaban de popularidad y aceptación, pero resultaron no ser eficientes. Un caso llamativo ocurrió en Estados Unidos, donde en 1981 iniciaron un programa de educación sexual que no estaba basado en evidencias científicas. En su lugar, el principal criterio para definir el programa fue la preferencia política del momento.

En 1996 los que apoyaban la iniciativa lograron multiplicar su financiamiento a montos sin precedentes en ese país. El programa estaba centrado en la promoción de sólo abstinencia hasta el matrimonio. El seguimiento estadístico demostró que los embarazos en adolescentes y las ITS aumentaron durante ese período a pesar de los miles de millones de dólares invertidos. Esto llevó a que se realizaran cambios en los programas y se revisaran las metodologías para seleccionar estrategias de salud que ofrecieran resultados positivos (American College Health Association, 2006).

Ya sea que se integren plenamente a los programas educativos o no, hay una serie de características y requerimientos que se han comprobado eficaces en el desarrollo exitoso de programas escolares de educación sobre sexualidad (Senderowitz y Kirby, 2006)

1. En el desarrollo de los contenidos curriculares, debe involucrarse a profesionales especializados en sexualidad humana, cambio conductual y teoría pedagógica relacionada con estos temas.
2. Las intervenciones deben orientarse al contexto. La educación sobre sexualidad no se desarrolla sobre un vacío. Cada niño, niña y adolescentes cuenta con una vida y experiencias propias. El ambiente social y cultural desempeña un rol trascendental en la sexualidad, por lo que, los programas que se desarrollen deben tener una clara consideración a las realidades de contexto. Es necesario conocer la realidad y los aspectos que se desean modificar.

Para lograr esto, debe evaluarse previamente cuáles son los comportamientos de riesgo, factores protectores y las necesidades de salud reproductiva de los jóvenes. Estos factores deben ser el fundamento para el desarrollo de las intervenciones. Si se ha identificado un aumento en los embarazos adolescentes, es necesario documentar lo que ocurre, tener números que sirvan de referencia, cuántos embarazos han ocurrido en los últimos años, cuántas de las deserciones escolares registradas se debieron a eso, cuáles fueron los factores alrededor de esos embarazos y otros⁴.

3. Cuando los programas deben responder a problemas específicos como embarazo adolescente, ITS, VIH u otros, el desarrollo de los contenidos debe obedecer a un modelo lógico, en el cual se especifican los objetivos de salud, los tipos de comportamiento que inciden en estos objetivos, los factores de riesgo y protección que afectan a estos tipos de comportamiento y las actividades diseñadas para cambiar dichos factores (Kirby, Laris y Roller, 2005). Sobre estas:
 - a. Deben establecerse objetivos y metas claros. Los objetivos deben ser puntuales y medibles, como el número de embarazadas, de adolescentes sexualmente activos o de los conocimientos e información que dominan.
 - b. Las actividades deben ser sensibles a los valores comunitarios y coherentes con los recursos disponibles.
 - c. Deben centrarse en factores específicos de riesgo y protección que inciden en ciertos comportamientos sexuales susceptibles de modificarse.
 - d. Entregar mensajes claros sobre comportamientos y aborda situaciones específicas que podrían llevar a mantener relaciones sexuales no consentidas o sin protección, y cómo evitarlas o descontinuarlas.
 - e. Proporcionar información científicamente rigurosa sobre los riesgos asociados con la actividad sexual sin protección y la efectividad de los distintos métodos de protección.
 - f. Abordar las percepciones de riesgo, los valores y percepciones personales adoptadas por la familia o el grupo de pares respecto de la decisión de mantener relaciones sexuales y/o mantener varias parejas sexuales y las actitudes personales y las normas de pares relativas al uso del condón y anticonceptivos.

4 En muchas ocasiones la información no es fácil de obtener, pero puede desarrollarse como parte del proceso. La OPS ha elaborado un valioso instrumento, la encuesta Familias latinas y jóvenes: un compendio de herramientas de evaluación (Orpinas, 2013), de utilidad para evaluar factores protectores y de riesgo en escolares y adolescentes de 10 a 19 años de edad, y puede obtenerse en internet en <http://www.paho.org/>.

- g. Abordar las habilidades sociales necesarias para el manejo de su sexualidad así como la auto-eficacia en el uso de estas habilidades.
 - h. Deben cubrir los temas siguiendo una secuencia lógica.
4. Participación de los alumnos en la organización. Los procesos de capacitación deben incluir a los alumnos de manera activa, desde la organización de los programas, la entrega de contenidos y la evaluación de las clases, de tal forma que los contenidos sean pertinentes y orientados a sus necesidades.
 5. Implementar actividades múltiples de carácter pedagógico diseñadas para cambiar cada factor de riesgo y protección fijado como objetivo.
 6. Interactiva. La educación sobre sexualidad no puede ofrecerse de la manera tradicional, en la que los alumnos son meros receptores de información. El principio básico de la interactividad con los educandos es que los estudiantes deben ser respetados como socios en la educación de la sexualidad. Sus experiencias deben ser tenidas en cuenta, y sus necesidades y deseos considerados de vital importancia para definir los temas que serán cubiertos.

La interactividad encierra un proceso de enriquecimiento y aprendizaje por parte de los docentes y diseñadores de programas, en el que debe existir un intercambio entre profesores y diseñadores de programas por un lado y estudiantes por el otro, durante las diferentes etapas de la organización y desarrollo de los programas.

7. Participación multisectorial. Los procesos educativos centrados en la escuela deben incluir a otros importantes actores de la comunidad. En este punto se procede a la identificación de los actores sociales con el potencial de influir en los procesos de capacitación. Entre ellos están los padres y madres de familia, las autoridades educativas de los niveles correspondientes, organizaciones comunitarias, entidades gubernamentales como las del sector Salud, gobiernos locales, seguridad pública, entidades no gubernamentales y privadas con interés social.

La organización de los procesos da la oportunidad de participar como integrantes de la Comunidad Educativa.

Los elementos que pueden tener un impacto negativo, como los sitios de expendio de bebidas alcohólicas o de actividades no aptas para menores de edad, también son considerados, como objetos que requieren del control o regulación de los entes gubernamentales.

8. Cooperación con la familia. Con el fin de construir un ambiente de apoyo, los padres y madres deben estar involucrados en la educación de la sexualidad en la escuela. Deben ser informados antes de llevar a cabo la educación sobre sexualidad, de tal forma que ellos tengan la oportunidad de expresar sus deseos y reservas. Los integrantes de la comunidad educativa deben apoyarse mutuamente en el proceso de la educación sobre sexualidad. Una excelente oportunidad es a través de las Escuelas para padres.

9. Responder a las diferencias de género. En la organización de los procesos de educación, es necesario poder garantizar que las necesidades y preocupaciones de hombres y mujeres son tratadas adecuadamente. Una manera de hacer esto es separar temporalmente los grupos por género y asignarle a cada grupo profesores del mismo género.

Continuidad. La educación sobre la sexualidad se debe impartir en forma continua, sobre la base que el desarrollo de la sexualidad es un proceso permanente. En lugar de ser un evento único o esporádico, la educación sexual debe ser un proceso continuo que responda a las cambiantes situaciones de la vida de los educandos. Al final de un período se debe procurar que se garanticen las condiciones para el inicio del siguiente, siempre buscando los mecanismos para mejorar los logros alcanzados.

Estrechamente está relacionado el concepto de la pertinencia de la edad. Así como los abordajes son diferentes según la edad, hay contenidos que tienen mayor pertinencia a diferentes edades.

10. Cuando se van a aplicar actividades por primera vez, deben desarrollarse pruebas piloto y evaluarlas, obteniendo retroalimentación de los educandos sobre el programa y la respuesta a sus necesidades, haciendo modificaciones si es necesario antes de su aplicación masiva (Kirby, Laris y Roller, 2005).
11. Elaborar un plan de trabajo. El plan de trabajo coloca en el tiempo las acciones a realizar, asignando responsables, tareas y los resultados esperados. Es fundamental que el plan incluya un proceso permanente de capacitación para docentes y familiares, que se integren por completo al Proyecto Educativo de Centro (Asamblea Nacional, 2004b).
12. Evaluar las intervenciones. La evaluación es un proceso que se empieza desde el principio. Inicialmente se identifica la realidad que se desea modificar y se evalúan los logros al final de las intervenciones. Hay resultados que se obtendrán de manera inmediata (alumnado que identifica las formas de transmisión del VIH), y otras que solo se pueden evaluar anualmente (embarazos y deserciones escolares). Las actividades de monitoreo se utilizan para identificar cambios que ocurren con más rapidez y permiten aplicar correctivos oportunos.

Para la captación de datos, se establecen instrumentos, la forma en que se analizará, los resultados que se esperan y la forma en que serán divulgados. Al momento de ser analizados, se deciden los cambios que son necesarios realizar para mejorar o mantener los logros. Los procesos siempre pueden ser mejorados.

Perfil de docentes que participan en los programas de educación integral de la sexualidad

En el corazón de la educación integral de la sexualidad de calidad está la presencia de docentes competentes para su desarrollo. Aunque no se necesita que tenga un perfil de alto nivel, es decir, no es necesaria una maestría o doctorado en el tema, es imprescindible señalar, que las y los participantes deben estar ampliamente capacitados para desarrollar el tema. Pero si no se cuenta con personal capacitado, esto no debe ser una excusa para que no se ofrezca la educación integral de la sexualidad. En este caso, los procesos educativos se deben ofrecer en la medida que el personal educativo es capacitado. Los programas de capacitación para docentes tienen que tomar en consideración el nivel, características y necesidades particulares, de los niños y niñas que tendrá que educar.

Quienes la ofrezcan, deben tener la apertura para abordar el tema y un alto nivel de motivación, creyendo en los principios y valores subyacentes a los procesos. A la vez, se debe ofrecer a las y los docentes que participan, todo el apoyo y estímulo necesarios para continuar con los procesos. Muy por el contrario, no debe obligarse a un educador que no desee participar o no le interese.

Las y los educadores que ofrezcan educación sobre la sexualidad deben tener la apertura para abordar el tema y un alto nivel de motivación, creyendo en los principios y valores subyacentes a los procesos de educación sobre la sexualidad.

Muchas veces las y los educadores se encuentran atrapados por sus propias deficiencias en la educación sexual que obtuvieron o no obtuvieron en absoluto. (Taylor, 1970). Hay que recalcar que los educadores que participan reflejarán en los alumnos sus propios valores y actitudes sobre la sexualidad, convirtiéndose en modelos para ellos. Por lo tanto, deben existir estructuras de apoyo y supervisión para la labor que desarrollen.

Durante los procesos educativos, las y los educadores deben ofrecer información oportuna, pero además, deben ayudar a los alumnos a desarrollar actitudes y aptitudes, como las habilidades de comunicación, negociación, reflexión, toma de decisiones y solución de problemas. Estas habilidades están en el centro de la educación integral de la sexualidad de calidad.

Selección de contenidos

La definición de los contenidos de las capacitaciones para niños, niñas y adolescentes, debe responder a sus edades, grados de madurez, necesidades particulares y contextos culturales. La selección de contenidos es un proceso que debe efectuarse bajo la armoniosa cooperación de padres, madres, educadores y otros actores sociales de interés.

Como referencia, diferentes países han desarrollado programas curriculares que se han implementado exitosamente, algunos de los cuales pueden ser fácilmente consulados en internet.

Además, hay documentos de excelente calidad que contienen listados de temas y la información necesaria para presentar a los niños, niñas y adolescentes. Entre ellos podemos citar:

- Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad⁵ elaboradas por UNESCO (UNESCO, 2010),
- Un solo currículo⁶ desarrollado por el Grupo Internacional de Currículo en Sexualidad y VIH (Haberland y Rogow, 2010),
- 10 Pasos para la abordar la prevención del embarazo en adolescentes, basados en enfoques científicos⁷ desarrollado en Estados Unidos (CDC, 2008), y
- Estándar para la educación sobre sexualidad en Europa⁸ del Centro Federal de Educación para la Salud de Alemania y la Oficina Regional para Europa de la OMS (OMS y BZgA, 2010).

La constante producción literaria hace que este listado se haga insuficiente con facilidad. Para efectos ilustrativos, a continuación presentamos la Matriz del Estándar de Educación sobre Sexualidad de Europa desarrollado con la OMS. Este fue seleccionado debido a que ofrece temas concretos según los grupos de edad iniciando desde la educación pre escolar. La matriz que se presenta es una modificación del original para Europa, la cual fue sometida a una revisión por un panel de educadores de Panamá, para considerar su aplicación en nuestro contexto cultural. Esta revisión se realizó en un taller de docentes desarrollado como parte de la elaboración de este documento.

La selección de contenidos es un proceso que debe efectuarse bajo la armoniosa cooperación de padres, madres, educadores y otros actores sociales de interés.

5 Disponible en internet en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>

6 Disponible en internet en: http://www.ippfwhr.org/es/allonecurriculum_es

7 Disponible en internet, en inglés, en: <http://www.cdc.gov/TeenPregnancy/index.htm>

8 Disponible en internet, en inglés, en: <http://www.bzga-whocc.de/?uid=072bde22237db64297daf76b7cb998f0&id=Seite4486>



Matriz de información, competencias y actitudes para el desarrollo de programas de educación sobre la sexualidad

La matriz original fue diseñada para ofrecer una visión general acerca de los temas que deben ser introducidos según la edad del niño o niña y las competencias y actitudes que es posible y necesario desarrollar en cada una de estas etapas. Los temas están distribuidos en ocho categorías principales. Se puede utilizar de manera flexible para adaptarse a las necesidades específicas de personas o grupos. Es un marco de referencia desde el cual los docentes puede escoger los temas de interés para el grupo que dirige.

El documento original, Standards for Sexuality Education in Europe, se puede obtener en inglés en <http://www.bzga-whocc.de>

Educación Preescolar

Desde el nacimiento hasta los 4 años de edad

Áreas temáticas	Información
<ul style="list-style-type: none"> El cuerpo humano y el desarrollo humano 	<ul style="list-style-type: none"> Todas las partes del cuerpo y sus funciones Los cuerpos son diferentes y diferencias de los sexos Higiene corporal Las diferencias entre uno mismo y otras personas
<ul style="list-style-type: none"> Fertilidad y reproducción 	<ul style="list-style-type: none"> Bases para la comprensión de la reproducción humana (de dónde vienen los bebés, el embarazo, nacimiento y bebés) Diferentes formas de convertirse en parte de una familia (ej. Adopción) El hecho de que algunas personas tienen bebés y otras no
<ul style="list-style-type: none"> Sexualidad 	<ul style="list-style-type: none"> Descubrir su propio cuerpo La ternura y el contacto físico como expresiones de amor y afecto
<ul style="list-style-type: none"> Emociones 	<ul style="list-style-type: none"> Diferentes tipos de amor Cuando nos sentimos bien y nos sentimos mal Palabras para los sentimientos Sintiendo la necesidad de privacidad
<ul style="list-style-type: none"> Relaciones y estilos de vida 	<ul style="list-style-type: none"> Diferentes tipos de relaciones entre las personas Diferentes tipos de relaciones familiares
<ul style="list-style-type: none"> Sexualidad, salud y bienestar 	<ul style="list-style-type: none"> Buenas y malas experiencias de su cuerpo: cuando nos sentimos bien o nos sentimos mal (escuchar a su cuerpo) Si la experiencia o sentimiento no es buena, no siempre se debe aceptar.
<ul style="list-style-type: none"> Sexualidad y derechos 	<ul style="list-style-type: none"> El derecho a estar seguro y protegido La responsabilidad de los adultos por la seguridad de los niños y niñas El derecho a preguntar sobre sexualidad
<ul style="list-style-type: none"> Determinantes sociales y culturales de la sexualidad (valores y normas) 	<ul style="list-style-type: none"> Valores y normas sociales y culturales Roles de género Distancia social que se debe mantener con varias personas La influencia de la edad en las conductas sexuales apropiadas para la edad Normas sobre la vestimenta

	Competencias	Actitudes
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombrar las partes del cuerpo ▪ Practicar la higiene corporal (asear cada parte del cuerpo) ▪ Reconocer diferencias de los cuerpos ▪ Expresar necesidades y deseos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una imagen positiva de su propio cuerpo y su persona: autoestima ▪ Respetar las diferencias ▪ Una apreciación de su propio cuerpo ▪ Una apreciación del sentido de bienestar, proximidad y confianza creada por la experiencia corporal y la formación de vínculos ▪ Respeto por la equidad de género
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hablar de estos temas ofreciendo un vocabulario correcto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceptación de las diferentes formas de llegar a formar parte de una familia
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concienciar la identidad de género ▪ Hablar de sensaciones placenteras y no placenteras en el cuerpo ▪ Expresar necesidades propias, deseos y límites en las formas de expresar el amor y el afecto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una actitud positiva hacia el propio cuerpo y sus funciones para el desarrollo de una imagen corporal positiva ▪ Respetar a otros
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentir y mostrar simpatía ▪ Decir sí y no ▪ Expresar y comunicar las emociones, deseos y necesidades propias. ▪ Expresar la necesidad propia de privacidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprender que las emociones se expresan de diferentes formas ▪ Sentimientos positivos hacia el propio sexo y género (es bueno ser niño, es bueno ser niña) ▪ La actitud de que las experiencias y expresiones emocionales propias están bien ▪ Actitud positiva hacia diferentes emociones en diferentes circunstancias
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hablar de sus propias relaciones y familia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensación de cercanía y confianza basada en experimentar vínculos ▪ Actitud positiva hacia diferentes estilos de vida ▪ Conciencia de que las personas pueden relacionarse de formas diferentes
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aprender a confiar en los instintos ▪ Aplicar el modelos de 3 pasos: decir no, alejarse, decirle a alguien de confianza ▪ Alcanzar sentimientos de bienestar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una apreciación de su cuerpo ▪ La conciencia de que es aceptable pedir ayuda.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saber decir sí y no ▪ Desarrollar habilidades de comunicación ▪ Expresar necesidades y deseos ▪ Diferenciar entre secretos buenos y malos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conciencia de los derechos que llevan a confiar en sí mismos ▪ La actitud de que su cuerpo le pertenece ▪ El sentimiento de que puede tomar decisiones
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diferenciar entre conductas públicas y privadas ▪ Respetar las reglas sociales y normas culturales ▪ Comportarse apropiadamente de acuerdo con el contexto ▪ Saber dónde se puede tocar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respeto por su propio cuerpo y el de otras personas ▪ Aceptar las reglas sociales sobre privacidad e intimidad ▪ Respetar el sí y el no de otros

Educación Preescolar

Desde los 4 hasta los 6 años de edad

Áreas temáticas	Información	
<ul style="list-style-type: none"> El cuerpo humano y el desarrollo humano 	<ul style="list-style-type: none"> Todas las partes del cuerpo y sus funciones Diferentes cuerpos y diferentes sexos Higiene corporal Diferencia de edad en cuerpos y desarrollo 	
<ul style="list-style-type: none"> Fertilidad y reproducción 	<ul style="list-style-type: none"> Mitos relacionados a la reproducción (ejemplo: bebés traídos por la cigüeña) El ciclo de la vida: embarazo, nacimiento y bebés; el fin de la vida Bases de la reproducción humana 	
<ul style="list-style-type: none"> Sexualidad 	<ul style="list-style-type: none"> Descubrimiento de su propio cuerpo El significado y la expresión de la sexualidad (por ejemplo, expresar sentimientos de amor) Lenguaje sexual apropiado Disfrutar de la cercanía de otras personas como parte de todos los sentimientos humanos (estos deben ser sentimientos positivos y no deben incluir la coerción o el daño) 	
<ul style="list-style-type: none"> Emociones 	<ul style="list-style-type: none"> Celos, enojo, agresión, desilusión La expresión positiva de la amistad y el amor hacia gente del mismo sexo La diferencia entre amistad y amor 	
<ul style="list-style-type: none"> Relaciones y estilos de vida 	<ul style="list-style-type: none"> Amistad Formas positivas de relacionarse con personas del mismo sexo Diferentes clases de relaciones en la familia Diferentes conceptos de familia 	
<ul style="list-style-type: none"> Sexualidad, salud y bienestar 	<ul style="list-style-type: none"> Buenas y malas experiencias de su cuerpo: cuando nos sentimos bien o nos sentimos mal (escuchar a su cuerpo) Si la experiencia o sentimiento no es buena, no siempre se debe aceptar. 	
<ul style="list-style-type: none"> Sexualidad y derechos 	<ul style="list-style-type: none"> Abuso; hay gente que no es buena; ellos pretenden ser amables, pero pueden ser violentos Los derechos de las niñas y los niños (incluyendo el derecho a información y el derecho a protección). La responsabilidad de los adultos en la protección de sus hijos 	
<ul style="list-style-type: none"> Determinantes sociales y culturales de sexualidad (valores/normas) 	<ul style="list-style-type: none"> Diferencias culturales, de género y edad Valores y normas difieren por país y cultura Los sentimientos son buenos, pero no todas las acciones tomadas como resultados de esos sentimientos lo son Reglas sociales y normas/valores culturales 	

	Competencias	Actitudes
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombrar las partes del cuerpo ▪ Practicar higiene (lavar cada parte del cuerpo) ▪ Reconocer diferencias en cuerpos ▪ Expresar necesidades y deseos ▪ Reconocer la necesidad propia de privacidad y la de otros. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una positiva identidad de género ▪ Una positiva imagen del cuerpo y de uno mismo: autoestima ▪ Respeto por las diferencias ▪ Respeto por la equidad de género
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hablar de estos asuntos facilitándoles el vocabulario correcto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respeto por diferencias: hay personas que tienen bebés, otras no
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Habilidades de comunicación ▪ Consolidar su identidad de sexo ▪ Usar lenguaje sexual en una forma no ofensiva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imagen corporal positiva ▪ Respeto por otros
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manejar decepciones ▪ Expresar y comunicar las emociones propias, deseos y necesidades ▪ Manejar la necesidad de privacidad propia y de otros ▪ Nombrar los sentimientos propios adecuadamente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La aceptación de sentimientos de amor (como parte de todas las emociones) son naturales ▪ La actitud de que sus propias experiencias y expresiones de emociones son correctas e importantes (valorar sus propios sentimientos)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relacionarse con otras personas y con miembros de la familia en una forma apropiada ▪ Vivir juntos en familia basados en respeto mutuo ▪ Construir y mantener relaciones positivas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respeto por diferentes personas
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confiar en sus instintos y aplicar el modelo de tres pasos (decir no, alejarse y hablar con alguien en quien confíes) ▪ Lograr sentimiento de bienestar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La actitud de tener una opción ▪ La conciencia de los riesgos ▪ Una apreciación de su cuerpo ▪ La conciencia de que es aceptable pedir ayuda
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer preguntas ▪ Acudir a alguien en quien confíe si hay problemas ▪ Expresar necesidades y deseos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La actitud de “mi cuerpo me pertenece a mí” ▪ Estar conscientes de sus derechos
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer y manejar las diferencias en valores ▪ Respetar las reglas sociales y las normas culturales ▪ Hablar de diferencias 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comportamiento socialmente responsable ▪ Una actitud libre de prejuicios ▪ Aceptación de los derechos de equidad de género ▪ Respeto a las diferencias ▪ Respeto propio por su cuerpo y el de otro

Educación Básica

Desde los 6 a los 9 años de edad

Áreas temáticas	Información	
<ul style="list-style-type: none"> El cuerpo humano y el desarrollo humano 	<ul style="list-style-type: none"> Cambios corporales, menstruación, eyaculación, variación individual en desarrollo Diferencias (biológicas) entre hombres y mujeres (internas y externas) Higiene corporal 	
<ul style="list-style-type: none"> Fertilidad y reproducción 	<ul style="list-style-type: none"> Elecciones sobre paternidad, embarazo, infertilidad, adopción La idea básica de concepción (es posible planear y decidir sobre tu familia) Mitos sobre reproducción 	
<ul style="list-style-type: none"> Sexualidad 	<ul style="list-style-type: none"> Amor, estar enamorado Ternura Peligros sobre los tema de sexualidad en los medios (incluyendo el internet) Definición de masturbación/estimulación propia Lenguaje sexual apropiado 	
<ul style="list-style-type: none"> Emociones 	<ul style="list-style-type: none"> La diferencia entre amistad, amor y lujuria Celos, enojo, agresión, desilusión Amistad y amor en personas del mismo sexo Amores secretos, primer amor (enamoramientos y amores no correspondidos) 	
<ul style="list-style-type: none"> Relaciones y formas de vida 	<ul style="list-style-type: none"> Diferentes relaciones en lo que se refiere al amor, amistad, etc. Diferentes relaciones familiares Matrimonio, divorcio, vivir juntos 	
<ul style="list-style-type: none"> Sexualidad, salud y bienestar 	<ul style="list-style-type: none"> La influencia positiva de la sexualidad en salud y bienestar Enfermedades relacionadas con la sexualidad Violencia y agresión sexual A dónde ir por ayuda 	
<ul style="list-style-type: none"> Sexualidad y derechos 	<ul style="list-style-type: none"> El derecho a la expresión de uno mismo Derechos sexuales de la niñez: información y educación sobre sexualidad, educación e integridad corporal Abuso La responsabilidad de los adultos por la seguridad de las niñas y s niños 	
<ul style="list-style-type: none"> Determinantes sociales y culturales de la sexualidad (valores/normas) 	<ul style="list-style-type: none"> Roles de genero Diferencias culturales Diferencias de edades 	

	Competencias	Actitudes
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saber y ser capaz de usar las palabras correctas para las partes del cuerpo y sus funciones ▪ Apreciar cambios en el cuerpo ▪ Cuidar de su cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceptación de inseguridades que surjan de la conciencia de su cuerpo ▪ Una positiva imagen propia: autoestima y del cuerpo ▪ Una identidad de género positiva
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar habilidades de comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceptación de diversidad - algunas personas eligen tener hijos, otras deciden no tenerlos.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manejar los temas sobre sexualidad en los medios ▪ Uso del lenguaje sexual en una manera no ofensiva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un entendimiento de lo que es “sexo aceptable” (consentimiento mutuo, voluntario, equitativo, apropiado para la edad, contexto de apropiado y respeto propio) ▪ Conciencia de que el sexo es plasmado en los medios en diferentes formas y no todas son correctas
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expresar y comunicar emociones, deseos propios y necesidades ▪ Manejar desilusiones ▪ Nombrar los sentimientos propios adecuadamente ▪ Manejar la necesidad propia de privacidad y la de otros 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La aceptación de que los sentimientos amorosos (todos son partes de las emociones) son naturales ▪ La actitud de que sus experiencias y expresiones de sentimientos son correctas e importantes (valorar sus propios sentimientos)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expresarse dentro de las relaciones ▪ Ser capaz de negociar puntos medios, mostrar tolerancia y empatía ▪ Hacer contactos sociales y amistades 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceptación de un compromiso, responsabilidad y honestidad como bases para relaciones ▪ Respeto por otros
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imponer límites ▪ Confiar en sus instintos y aplicar el modelo de los tres pasos (decir no, alejarse, hablar con alguien de confianza) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentido de responsabilidad por la salud y bienestar de sí mismo ▪ Conciencia de las posibilidades y elecciones ▪ Conciencia de riesgos
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedir ayuda e información ▪ Acercarse a alguien de confianza si hay problemas ▪ Nombrar sus derechos ▪ Expresar sus deseos y necesidades 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentimientos de responsabilidad por uno mismo y por otros ▪ Conciencia de sus derechos y elecciones
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hablar sobre experiencias propias, deseos y necesidades en una relación con respecto a las normas culturales ▪ Reconocer y manejar las diferencias 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respeto por diferentes formas de vida, valores y normas

Educación Básica

De los 9 a los 12 años de edad

Áreas temáticas	Información	
<ul style="list-style-type: none"> El cuerpo humano y el desarrollo humano 	<ul style="list-style-type: none"> Higiene corporal (menstruación, eyaculación) Cambios tempranos en la pubertad (cambios mentales, físicos, sociales y emocionales y la posible variedad en ellos) Órganos sexuales y reproductivos internos y externos y sus funciones 	
<ul style="list-style-type: none"> Fertilidad y reproducción 	<ul style="list-style-type: none"> Reproducción y planeamiento de una familia Riesgos y consecuencias del sexo sin protección (embarazos no deseados) 	
<ul style="list-style-type: none"> Sexualidad 	<ul style="list-style-type: none"> Primera experiencia sexual Orientación de género Comportamiento sexual de personas jóvenes (variedad en comportamiento sexual) Amor y estar enamorado Placer, masturbación, orgasmo Identidad de género y sexo biológico 	
<ul style="list-style-type: none"> Emociones 	<ul style="list-style-type: none"> Diferentes emociones, ejemplo: curiosidad, enamorarse, ambivalencia, inseguridad, vergüenza, miedo y celos Diferencias en necesidades individuales de privacidad e intimidad La diferencia entre amor, amistad y lujuria Amistad y amor hacia las personas del mismo sexo 	
<ul style="list-style-type: none"> Relaciones y estilos de vida 	<ul style="list-style-type: none"> Diferencias entre amistad, compañerismo, relaciones y las diferentes formas de “salidas” (ligues o andanzas) Diferentes tipos de relaciones placenteras y desagradables (influencia de género, desigualdad en relaciones) 	
<ul style="list-style-type: none"> Sexualidad, salud y bienestar 	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas, riesgos y consecuencias de experiencias inseguras, desagradables e indeseadas (enfermedades de transmisión sexual, VIH, embarazos no deseados, consecuencias psicológicas) Los diferentes tipos de abuso sexual, cómo evitarlos y dónde conseguir apoyo La influencia positiva de la sexualidad en la salud y el bienestar 	
<ul style="list-style-type: none"> Sexualidad y derechos 	<ul style="list-style-type: none"> Regulaciones, leyes y derechos nacionales (edad de consentimiento) 	
<ul style="list-style-type: none"> Determinantes de sexualidad sociales y culturales (valores/normas) 	<ul style="list-style-type: none"> Influencia de presión de grupo, medios, pornografía, cultura, religión, género, leyes y estados socioeconómicos en decisiones sexuales, asociación y comportamiento 	

	Competencias	Actitudes
	<ul style="list-style-type: none"> Integrar estos cambios en sus vidas Saber y usar el correcto vocabulario Comunicar cambios de la pubertad 	<ul style="list-style-type: none"> Entendimiento y aceptación de los cambios y diferencias en los cuerpos (tamaño y forma del pene, pechos y vulva pueden variar significativamente, estándares de belleza cambian con el tiempo y difieren según culturas) Una imagen propia y corporal positiva: autoestima
	<ul style="list-style-type: none"> Entendimiento de las relaciones entre menstruación/ eyaculación y fertilidad 	<ul style="list-style-type: none"> Comprender lo que significa la responsabilidad de un embarazo, para ambos sexos
	<ul style="list-style-type: none"> Comunicar y entender los diferentes sentimientos sexuales y hablar sobre sexualidad en una forma apropiada Tomar decisiones conscientes sobre tener o no experiencias sexuales Rechazar experiencias sexuales no deseadas Diferenciar entre sexualidad en "vida real" y sexualidad en los medios Uso moderno de los medios (celulares e internet) y estar consciente de los riesgos y beneficios asociados con estas herramientas 	<ul style="list-style-type: none"> Aceptación, respeto y entendimiento de la diversidad en sexualidad y orientaciones sexuales (el sexo debe ser mutuamente consentido, voluntario, con igualdad, apropiado para la edad y respetuoso) El entendimiento de la sexualidad como un proceso de aprendizaje Aceptación de diferentes expresiones de sexualidad (besar, tocar, acariciar, etc.)
	<ul style="list-style-type: none"> Expresar y reconocer varias emociones en ellos mismos y en otros Expresar necesidades, deseos, límites y respeto por los de otros Manejar desilusiones 	<ul style="list-style-type: none"> Entendimiento de emociones y valores (ejemplo: no sentir vergüenza o culpa por sentimientos sexuales o deseos) Respetar la privacidad de otros
	<ul style="list-style-type: none"> Expresar amistad y amor en diferentes formas Hacer contactos sociales pero mantener relaciones Comunicar las expectativas propias y necesidades dentro de las relaciones 	<ul style="list-style-type: none"> Una actitud positiva hacia la igualdad de género en relaciones y libertad de elección de compañero Aceptación del compromiso, responsabilidad y honestidad como bases de las relaciones Respeto por otros Entendimiento de la influencia de género, edad, religión, cultura, etc. en las relaciones
	<ul style="list-style-type: none"> Ser responsable en las relaciones para tener experiencias seguras para uno mismo y otros Expresar límites y deseos para evitar experiencias sexuales no deseadas Pedir ayuda y apoyo en caso de problemas (pubertad, relaciones, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Conciencia en las elecciones y posibilidades Conocimiento de los riesgos Un sentimiento de mutua responsabilidad por la salud y el bienestar
	<ul style="list-style-type: none"> Actuar dentro de estos derechos y responsabilidades Pedir ayuda e información 	<ul style="list-style-type: none"> Estar consciente de los derechos y elecciones Aceptación de los derechos sexuales para sí mismo y para otros
	<ul style="list-style-type: none"> Discutir estas influencias externas y hacer evaluaciones personales Adquirir una competencia de medios modernos (celulares, internet, manejo de pornografía) 	<ul style="list-style-type: none"> Respeto por distintas formas de vida, valores y normas Aceptación de distintas opiniones y puntos de vista

Educación Pre Media

De los 12 a los 15 años de edad

Áreas temáticas	Información	
<ul style="list-style-type: none"> El cuerpo humano y el desarrollo humano 	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento del cuerpo, imagen corporal y modificación del cuerpo (circuncisión, himen, anorexia, bulimia, piercing y tatuajes) Ciclos menstruales; características sexuales secundarias del cuerpo, su función en hombres y mujeres y sentimientos acompañantes Mensajes de belleza en los medios; cambios físicos a lo largo de la vida Servicios donde los adolescentes pueden ir por problemas relacionados a estos temas 	
<ul style="list-style-type: none"> Fertilidad y reproducción 	<ul style="list-style-type: none"> El impacto de maternidad y paternidad adolescente (significado de criar un bebé, planeación familiar, planeación de carrera, anticoncepción, toma de decisiones y cuidado en caso de embarazo no deseado) Información sobre anticonceptivos Embarazo e infertilidad Hechos y mitos (fiabilidad, ventajas y desventajas) relacionadas con varios anticonceptivos (incluyendo anticonceptivos de emergencia) 	
<ul style="list-style-type: none"> Sexualidad 	<ul style="list-style-type: none"> Comportamiento y expectativas ante la excitación sexual y diferencias de género Identidad de género, orientación sexual, homosexualidad El disfrute apropiado de la sexualidad Primera experiencia sexual Placer, masturbación y orgasmo 	
<ul style="list-style-type: none"> Emociones 	<ul style="list-style-type: none"> Las diferencias entre amistad, amor y lujuria Diferentes emociones, ejemplo: curiosidad, enamorarse, ambivalencia, inseguridad, vergüenza, miedo y celos. 	
<ul style="list-style-type: none"> Relaciones y estilos de vida 	<ul style="list-style-type: none"> Influencia de género, edad, religión y cultura Diferentes estilos de comunicación (verbal y no verbal y como mejorarlos) Como desarrollar y mantener relaciones Estructura familiar y cambios (ejemplo: padres solteros) Distintos tipos de relaciones (placenteras y desagradables), familias y formas de vida 	
<ul style="list-style-type: none"> Sexualidad, salud y bienestar 	<ul style="list-style-type: none"> Higiene del cuerpo y auto-examinación para la identificación y prevención de enfermedades (ejemplo, cáncer de mama) El predominio y los distintos tipos de abuso sexual, como evitarlos y donde buscar apoyo Comportamiento sexual riesgoso y consecuencias Alcohol, drogas, presión de grupo, acoso, prostitución, medios Síntomas, transmisión y prevención de ITS, incluyendo VIH Sistemas y servicios de salud Influencias positivas de sexualidad en salud y bienestar 	
<ul style="list-style-type: none"> Sexualidad y derechos 	<ul style="list-style-type: none"> Derechos sexuales Leyes y regulaciones nacionales (edad de consentimiento) 	
<ul style="list-style-type: none"> Determinantes sociales y culturales de sexualidad 	<ul style="list-style-type: none"> Influencia de presión de grupo, medios, pornografía, cultura urbana, religión, género, leyes y estándares socioeconómico en decisiones sexuales, parejas y comportamiento 	

	Competencias	Actitudes
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Describir como los sentimientos de la gente sobre sus cuerpos puede afectar su salud, su imagen propia y comportamiento ▪ Aceptar y asumir la pubertad y resistir la presión de grupo ▪ Ser crítico de los mensajes de los medios y la industria de la belleza 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensamiento crítico relacionado a la modificación del cuerpo ▪ Aceptación y apreciación de diferentes formas corporales
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer los signos y síntomas del embarazo ▪ Obtener anticonceptivos de lugares apropiados, ejemplo: visitando un profesional ▪ La decisión de tener experiencias sexuales debe ser de manera consciente, tomada en el momento adecuado y no un accidente ▪ Comunicarse con respecto a anticoncepción ▪ Elección consciente de anticoncepción y utilizar el anticonceptivo eficientemente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actitudes personales (normas y valores) sobre maternidad, paternidad, anticoncepción, aborto y adopción ▪ Actitud positiva hacia tomar responsabilidad mutua de anticoncepción
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar habilidades en comunicación íntima y negociación ▪ Hacer elecciones responsables y libres después de evaluar las consecuencias, ventajas y desventajas de cada posible elección (compañeros, comportamiento sexual) ▪ Disfrutar sexualidad en una forma respetuosa ▪ Diferenciar entre sexualidad en vida real y sexualidad en los medios 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El entendimiento de la sexualidad como un proceso de aprendizaje ▪ Las prácticas sexuales deben ser mutuamente consentidas, voluntarias, con igualdad, apropiadas para la edad, apropiadas en contenido y respetuosas
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expresar amistad y amor en formas diferentes ▪ Expresar necesidades propias, deseos y límites y respetar las de otros ▪ Manejar emociones diferentes/conflictivas, sentimientos y deseos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceptar que las personas sienten de forma diferente (ya sea por su género, cultura, religión, etc. y su interpretación de esto)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abordar injusticias, discriminación, desigualdad ▪ Expresar amistad y amor en distintas formas ▪ Hacer contactos sociales, hacer amigos, construir y mantener relaciones ▪ Comunicar expresiones propias y necesidades dentro de una relación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspiración a crear relaciones de igualdad y satisfacción ▪ Entendimiento de la influencia de género, edad, religión, cultura, etc. en las relaciones
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tomar decisiones responsables y elecciones bien informadas (relacionado a el comportamiento sexual) ▪ Pedir ayuda y apoyo en caso de problemas ▪ Desarrollar habilidades de negociación y comunicación en las relaciones ▪ Rechazar o detener contacto sexual inseguro o desagradable ▪ Obtener y utilizar condones y anticonceptivos efectivamente ▪ Reconocer situaciones riesgosas y ser capaz de manejarlas ▪ Reconocer los síntomas de ITS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentimiento de responsabilidad mutua por la salud y el bienestar ▪ Sentido de responsabilidad con respecto a la prevención de ITS/VIH ▪ Sentido de responsabilidad sobre la prevención de embarazos no deseados ▪ Sentido de responsabilidad sobre el abuso sexual
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer los derechos sexuales propios y de otros ▪ Pedir ayuda e información 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceptación de los derechos sexuales propios y de otros
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manejar normas y valores conflictivos en la familia y la sociedad ▪ Adquirir competencia mediática y poder manejar pornografía 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una vista personal de sexualidad en un grupo de sociedad cambiante

Educación Media

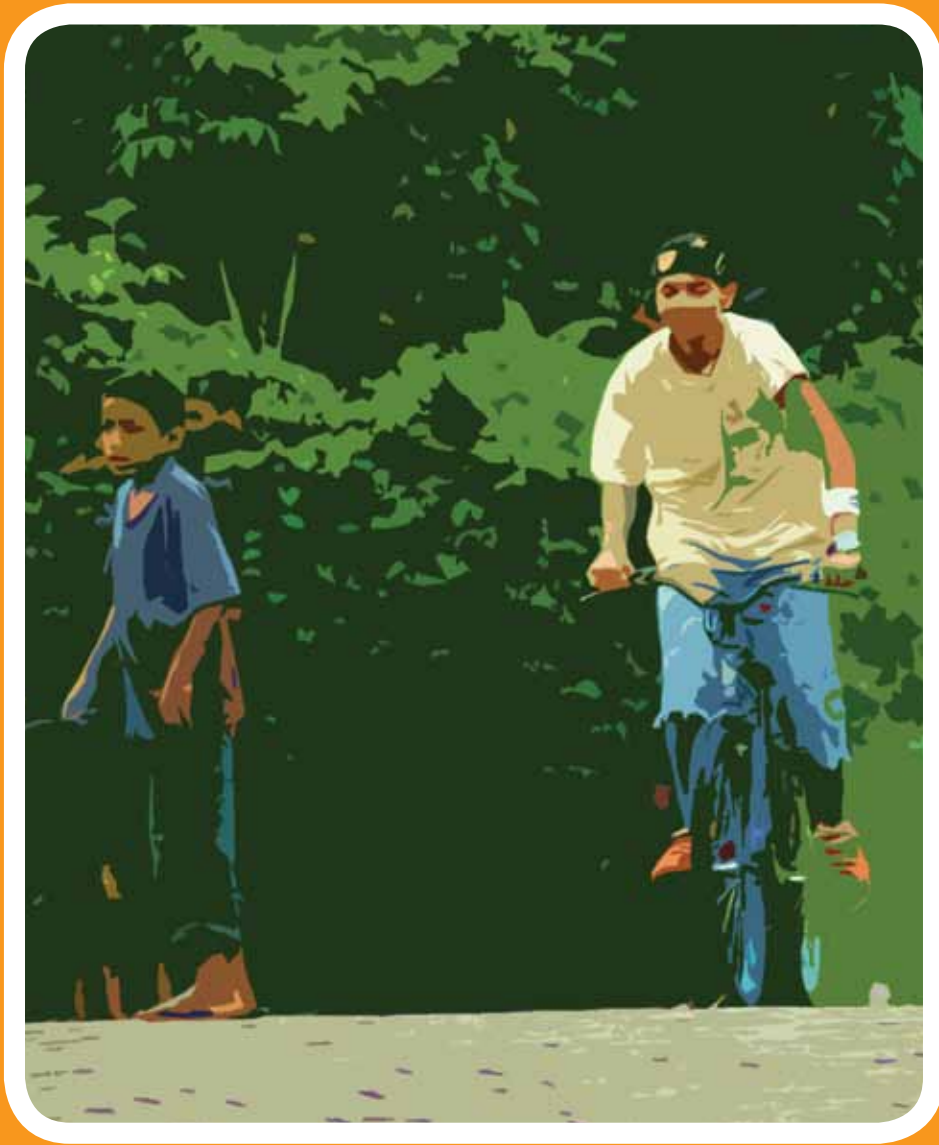
Desde los 15 años y en adelante

Áreas temáticas	Información	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El cuerpo humano y el desarrollo humano 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambios psicológicos en la pubertad ▪ Conocimiento del cuerpo, de la imagen corporal, modificación corporal ▪ Circuncisión, anorexia, bulimia, virginidad ▪ Servicios donde los adolescentes pueden ir por ayuda con problemas relacionados a estos temas 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fertilidad y reproducción 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Embarazo e infertilidad, aborto, anticoncepción, anticoncepción de emergencia, homosexualidad ▪ Información sobre anticonceptivos ▪ Plan de vida: familia, carrera, futuro personal ▪ Consecuencias de un embarazo para jóvenes adolescentes (chicos y chicas) 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El cuerpo humano y el desarrollo humano 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambios psicológicos en la pubertad ▪ Conocimiento del cuerpo, imagen corporal y modificación corporal ▪ Circuncisión, anorexia, bulimia, virginidad ▪ Mensajes de belleza en los medios; cambios corporales a lo largo de la vida ▪ Servicios donde los adolescentes pueden ir por problemas relacionados a estos temas 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fertilidad y reproducción 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Embarazo e infertilidad, aborto, anticoncepción, anticoncepción de emergencia ▪ Información sobre servicios anticonceptivos ▪ Plan de vida: familia, carrera, futuro profesional ▪ Consecuencias de un embarazo para adolescentes jóvenes (chicos y chicas) 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexualidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexualidad como más que mero coito ▪ Significado de sexualidad en diferentes edades, diferencias de género ▪ Transacción sexual (prostitución, sexo a cambio de pequeños regalos, comidas/salidas nocturnas, pequeñas cantidades de dinero), pornografía, dependencia sexual ▪ Variación del comportamiento sexual; diferencias en los ciclos de excitación 	

	Competencias	Actitudes
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar las diferencias entre imágenes en los medios y la vida real ▪ Aceptación de la pubertad y resistir presión de grupo ▪ Ser crítico de los mensajes de los medios y la industria de la belleza, anuncios y riesgos potenciales de la modificación del cuerpo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vista crítica de las normas culturales relacionadas al cuerpo humano ▪ Aceptación y apreciación de diferentes formas de cuerpos
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicar con su pareja en términos iguales; discutir temas difíciles con respecto a diferencia de opiniones ▪ Utilizar habilidades de negociación ▪ Tomar decisiones informadas sobre anticoncepción, embarazos y embarazos no deseados ▪ Tomar decisiones conscientes de anticoncepción y utilizar la elección escogida efectivamente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voluntad de tomar en consideración las diferencias de género con respecto a la fertilidad, reproducción y aborto ▪ Una vista crítica de diferentes normas relacionadas con culturas/religiones hacia el embarazo, paternidad, etc. ▪ Conciencia de la importancia de un papel positivo de los hombres en el embarazo y el nacimiento; influencia positiva de padres comprometidos ▪ Actitud positiva hacia la mutua responsabilidad anticonceptiva
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar las diferencias entre las imágenes en los medios y la vida real ▪ Aceptar la pubertad y resistir la presión de grupo ▪ Ser crítico con los mensajes de los medios y la industria de belleza, anuncios y los riesgos potenciales de la modificación corporal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una vista crítica de las normas culturales relacionadas con el cuerpo ▪ Aceptación de las distintas formas del cuerpo
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicarse con sus parejas en términos iguales; discutir temas difíciles con respecto a distintas opiniones ▪ Uso de habilidades de negociación ▪ Tomar decisiones informadas con respecto a la anticoncepción y embarazos no deseados ▪ Tomar decisiones conscientes de anticoncepción y utilizar la elección tomada efectivamente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voluntad de tomar las diferencias de género en consideración con respecto a fertilidad, reproducción y aborto ▪ Una vista crítica a las distintas normas culturales/religiosas relacionadas al embarazo, paternidad, etc. ▪ Conciencia de la importancia de un papel positivo del hombre durante el embarazo y nacimiento; influencia positiva de padres comprometidos ▪ Una actitud positiva hacia la responsabilidad mutua hacia la anticoncepción
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discutir las formas que toman las relaciones y las razones para tener sexo, o no tenerlo ▪ “Salida del closet” a otros (sentimientos de admitir ser homosexual o bisexual) ▪ Desarrollar habilidades de comunicación y negociación íntima ▪ Manejar dificultades en hacer contacto; manejar deseos conflictivos ▪ Ser capaz de expresar respetuosamente los deseos propios y límites y tener en consideración los ajenos. ▪ Reflejo de las dimensiones de poder de la sexualidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actitud positiva hacia la sexualidad y el placer ▪ Aceptación de diferentes orientaciones sexuales e identidades ▪ Aceptación de la sexualidad en diferentes formas está presente en todas las edades ▪ Cambio de posibles sentimientos negativos, molestias y odio hacia la homosexualidad para la aceptación de las diferencias sexuales

Áreas temáticas	Información	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emociones 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diferentes tipos de emociones (amor, celos); diferencias entre sentir y hacer ▪ Conciencia de la diferencia entre pensamientos racionales y sentimientos ▪ Inseguridades al principio de una relación 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relaciones y estilos de vida 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Papel del género en comportamiento, expectativas y malos entendidos ▪ Estructura familiar y cambios, matrimonios forzados; homosexualidad/ bisexualidad/ asexualidad, paternidad soltera ▪ Cómo desarrollar y mantener relaciones 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexualidad, salud y bienestar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de salud ▪ Comportamientos sexuales riesgosos y el impacto que pueden tener en la salud ▪ Higiene del cuerpo y auto-examinación ▪ Violencia sexual; abortos; mortalidad materna; aberraciones sexuales ▪ Transmisión de VIH/SIDA y ITS, prevención, tratamiento 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexualidad y derechos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos ▪ Violencia por género 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinantes sociales y culturales de la sexualidad (valores/normas) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Límites sociales; estándares ▪ La influencia de la presión de grupo, medios, pornografía, cultura urbana, género, leyes, religión y estatus socioeconómicos en decisiones sexuales, parejas y comportamientos 	

	Competencias	Actitudes
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manejar el estar enamorado, ambivalencia, desilusión, enojo, celos, traición, confianza, culpa, miedo, inseguridad, discutir emociones ▪ Manejar emociones diferentes/conflictivas, sentimientos y deseos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceptación que la gente siente diferente (ya sea por su género, cultura, religión, etc. y su interpretación de estas)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abordar injusticias, discriminaciones, desigualdades ▪ Desafiar la injusticia y detener (a sí mismo u otros) el uso de lenguaje degradante o decir bromas hirientes ▪ Explorar lo que significa ser madre o padre ▪ Buscar una relación con buen balance ▪ Convertirse en una pareja comprensiva y cariñosa (femenino o masculino) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantenerse abierto a diferentes relaciones y estilos de vida; entender las determinantes sociales e históricas de las relaciones
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contra acoso sexual; habilidades de defensa personal ▪ Pedir ayuda y apoyo en caso de problemas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Internalización de responsabilidad por la salud propia y de la pareja
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entendimiento del lenguaje de los derechos humanos ▪ Tener el poder de reclamar sus derechos ▪ Reconocer la violación de derechos y hablar en contra de la discriminación y violencia por género 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceptación de los derechos propios y ajenos ▪ Conciencia de dimensiones de poder de los portadores de derechos y los encargados de ejercer el deber ▪ Sentido de justicia social
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir valores personales y creencias ▪ Manejar normas y valores interpersonales, conflictivos en la familia y sociedad ▪ Personas marginalizadas; personas que viven con VIH o sida ▪ Adquirir competencia ante los medios 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conciencia de influencias culturales, históricas y sociales del comportamiento sexual ▪ Respeto por diferir en los valores y creencias del sistema ▪ Apreciación de auto-apoyo y auto-apreciación en el propio ambiente cultural ▪ Un sentido de responsabilidad por el papel/punto de vista en relación al cambio social



Conclusiones

Desde principios del siglo pasado, en diferentes puntos de Latinoamérica se iniciaron movimientos que impulsaron la introducción de la educación sexual en los programas educativos. Por regla general, estos movimientos de reforma educativa confrontaron álgidas polémicas y férrea oposición. En el trasfondo de estas luchas, primó una cosmovisión popular donde la intolerancia era necesaria para preservar las tradiciones (Del Castillo Troncoso, 2000).

Es necesario detenerse a observar las evidencias. Es un hecho indiscutible que una importante proporción de las y los adolescentes son sexualmente activos. Que el inicio de sus relaciones sexuales se está sucediendo a edades cada vez más tempranas y que al hacerlo, las y los adolescentes están asumiendo conductas que los ponen en riesgo. Los resultados de su actividad sexual los vemos de manera fehaciente en las estadísticas nacionales y los medios de comunicación: están experimentando infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH y sida, y embarazos no deseados.

La amenaza del VIH debe resaltarse. Aunque la situación de la epidemia en Panamá no representa el peor de los escenarios en este momento, debe confrontarse al hecho de que los casos nuevos se siguen presentando y aumentando cada año. Tampoco se puede soslayar que, debido a las dinámicas cambiantes de la epidemia, existe el riesgo de una escalada en su intensidad.

Además de lo anterior, está vigente una deuda social con los niños, niñas y adolescentes de Panamá. Esta deuda social representa una violación a sus derechos humanos, a compromisos internacionales sobre la educación, a las garantías constitucionales y al ejercicio de la democracia. Es por esto que, la implementación de contenidos curriculares de educación sobre la sexualidad es una tarea impostergable. Una tarea en la que las instituciones educativas deben ser las portadoras del estandarte de una visión positiva de la educación sobre la sexualidad.

En medio de las polémicas en torno al tema, se puede aseverar que el interés de tanto defensores como detractores, siempre ha sido el mismo. Ambos se han interesado por el bienestar de niñas, niños, adolescentes y la familia. Ambos propugnan por lo que han considerado lo mejor, pero teniendo como punto de partida paradigmas diferentes.

A la luz de las mejores evidencias científicas, y respetando los valores de la población y los principios políticos, deben desarrollarse propuestas que se concreten en intervenciones eficaces basados en objetivos en común. Estos objetivos pudieran ser, que las y los adolescentes demoren el inicio de las relaciones sexuales, se reduzca la proporción y las tasas de embarazos adolescentes, se eliminen los abortos provocados, que llegue a cero el número de casos nuevos de VIH e ITS y

desaparezcan la discriminación y las inequidades de género. A la vez, es necesario que niños, niñas y adolescentes tengan las herramientas para protegerse de las diferentes formas de abuso sexual y sepan cómo actuar bajo situaciones que amenacen su integridad y cómo prevenirlas.

Para alcanzar estas metas es necesario desarrollar programas de educación integral de la sexualidad. Estos programas deben sumar a todos los sectores pertinentes: salud, educación y otras instancias gubernamentales y no gubernamentales que desarrollan actividades vinculantes al tema.

Cada escuela, cada centro educativo en el país, tiene un indiscutible potencial de protagonismo en materia de prevención. No se trata sólo de instituciones que ofrecen educación. Se trata de entidades que forman al individuo en un sentido integral y a la que asiste la mayor parte de las niñas, niños y adolescentes. Esto las convierte en el escenario perfecto para las acciones de formación, consejería y empoderamiento que ayuda a la prevención de conductas sexuales de riesgo (CEPAL, 2013).

Indistintamente de las causas que se puedan argumentar o el silencio en el que se quiera envolver, esta tarea no se puede postergar por más tiempo.

Las instalaciones educativas son el escenario perfecto para las acciones de formación, consejería y empoderamiento que ayuda a la prevención de conductas sexuales de riesgo.

Glosario

Abstinencia: forma de expresión de la sexualidad, en la cual las personas optan por no realizar ninguna actividad sexual ni autoerótica.

Adolescencia: Etapa de la vida en la que ocurre la transición de la niñez a la edad adulta. Sus límites son variables por causa de las diferencias individuales en los detonantes biológicos y de los diversos factores sociales, culturales y ambientales que se asocian. Biológicamente, la adolescencia inicia con la activación hormonal que genera un crecimiento acelerado y el desarrollo de las características sexuales secundarias en el individuo, concluyendo al alcanzar la madurez sexual. Estos cambios son influenciados por el sexo, la carga genética y factores ambientales e individuales. En promedio, la edad de inicio de los cambios biológicos es entre los 10 y 12 años de edad (Cattani, 2006). Psicosocialmente, la adolescencia es moldeada por patrones sociales y culturales, y marca su fin cuando el individuo elabora su identidad, se plantea un proyecto de vida propia y alcanza su autonomía (Gumucio, 2006). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia cronológicamente como la etapa de la vida comprendida entre los 10 años y los 19 años de edad. Suele ser dividido en 3 etapas, adolescencia temprana (10 a 13 años) adolescencia media (14 a 17) y adolescencia tardía (17 a 19 años).

Anticoncepción: Es la interferencia deliberada para impedir o reducir significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual.

Asexuales: Personas normales que no sienten deseo por el placer sexual; no sienten atracción sexual hacia ninguna persona que les rodea y no se incluyen dentro de ninguna orientación sexual definida.

Autoestima: Consideración, aprecio o valoración de uno mismo. Conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y ten-

dencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter.

Bisexualidad: Es una orientación sexual que involucra atracción física y/o romántica hacia individuos de ambos sexos.

Comunidad educativa: conjunto de personas que influyen y son afectadas por un entorno educativo. La integran los estudiantes, educadores, madres y padres de familia y el personal administrativo del sistema, así como los elementos que conforman la sociedad civil que participan en la gestión educativa, directa o indirectamente de manera personal (artículo 316, Ley Orgánica de Educación). Se encarga de promover actividades que lleven al mejoramiento de la calidad de la educación y lograr el bienestar de los estudiantes. Busca no solo impartir instrucción sino la educación integral, se caracteriza por estar abierta al cambio, ya que se encuentra en constante desarrollo.

Conductas de riesgo: comportamientos que crean, aumentan y perpetúan la probabilidad en una persona de adquirir una enfermedad o trastorno de la salud.

Derechos humanos: son aquellas libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que incluyen a toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna, sin distinción alguna de etnia, color, sexo, idioma, religión, orientación sexual, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Epidemia: Aumento extraordinario del número de casos de una enfermedad que ya existe en una región o población determinada, o también puede referirse a la aparición de un número importante de casos de una enfermedad en una región o población habitualmente libre de la enfermedad.

Heterosexualidad: orientación sexual que se caracteriza por la atracción sexual o el deseo amoroso o sexual hacia personas de distinto sexo, en contraste con la homosexualidad y que suele distinguirse de la bisexualidad.

Homosexualidad: orientación sexual que se define como la interacción o atracción sexual, afectiva, emocional y sentimental hacia individuos del mismo sexo. A pesar de que el término gay (que en inglés anticuado significa «alegre») suele emplearse para referirse a los hombres homosexuales y el término lesbiana para referirse a las mujeres homosexuales, gay es un adjetivo o sustantivo que identifica a las personas homosexuales sin importar su género. Desde 1973, la comunidad científica internacional considera que la homosexualidad no es una enfermedad.

Indicador: Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar sucesos colectivos en forma cuantitativa o cualitativa, para respaldar acciones o evaluar logros y metas. La OMS lo define como “variables que sirven para medir los cambios”.

Juventud: En Panamá se definió como juventud al período de la vida dentro entre los 15 y los 29 años de edad. Esta definición se traslapa en sus extremos con la adolescencia y la adultez, porque el concepto de juventud es más una construcción histórica, social y cultural, que está vinculada con la edad (MINJUNFA, 2004).

Lesbianismo: homosexualidad femenina. La palabra lesbiana se utiliza para hacer referencia a una mujer homosexual, es decir, una mujer que se identifica a sí misma, o a la que otros caracterizan, por sentir atracción física y emocional hacia otras mujeres y que no siente atracción por el sexo opuesto.

Masturbación: estimulación de los órganos genitales con el objeto de obtener placer sexual, tanto en el hombre como en la mujer, pudiendo o no llegar al orgasmo. Durante la infancia, los niños y niñas descubren placer en la manipulación del pene o la vagina y es normal que se toquen, froten o rasquen sus genitales con las manos u objetos, sin que esto tenga las connotaciones sexuales ni emocionales que se dan a otras edades. Durante la adolescencia, esta práctica permi-

te que ensayen su vida sexual futura. La masturbación no causa daño físico ni mental y muy por el contrario, es una práctica normal y universal que provee de placer, ayuda a liberar tensiones y requiere del respeto de los adultos. Además, es necesaria para conocer su propio cuerpo y forma parte importante de un desarrollo sexual sano.

Niñez: la Convención de los derechos del niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989) definió al niño o niña, como “todo ser humano menor de 18 años, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”. En su sentido más amplio, la niñez incluye a la adolescencia y la niñez propiamente en una sola categoría. En Panamá, el Código de la familia, en el artículo 484, en su definición del menor, incluye también al no nato, es decir, se incluye la vida prenatal dentro de la definición.

Relaciones sexuales: forma de expresar la sexualidad que consiste del intercambio de caricias con el fin de llegar al coito. Las relaciones sexuales permiten el intercambio de placer, amor, sentimientos, afectos y comunicación. Las relaciones sexuales se practican desde diferentes orientaciones o preferencias, como la heterosexualidad, la homosexualidad y la bisexualidad.

Salud: el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS).

Transgénero: Persona cuya identidad no se conforma a las normas convencionales de género masculino o femenino, pero que las combina o se encuentra entre ellas. Estas personas fueron asignadas con un género al nacer, basándose en los genitales externos, pero que sienten que esta es una descripción falsa o incompleta de ellos mismos. Incluye a personas que no se identifican con el género que fue asignado al nacer.

Travesti: Persona que utiliza la vestimenta socialmente asignada al género opuesto.

Bibliografía

- Abadi Zebede, J. (1983). Estudio comparativo de recién nacidos de madres adolescentes y adultas con la utilización de la escala de Brazelton. *Revista del Hospital del Niño*. Vol. 2, 44-50.
- Aguerrondo, I. (2011). La calidad de la educación: Ejes para su definición y evaluación. Recuperado el 3 de abril de 2012, de Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la cultura: <http://www.oei.es/calidad2/aguerrondo.htm>
- Aguirre Baztán, A. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria.
- Aguirre, E. et al. (2008). *La sexualidad y los niños: ensayando intervenciones*. 1era Edición. Buenos Aires: Lugar Editorial, Colección del Melón.
- Allen, L. (Marzo de 2009). Disorders of Sexual Development. *Obstetrics and Gynecology Clinics*. Volume 36, Issue 1 . W. B. Saunders Company .
- Aller Atucha, L. M., Bianco Colmenares, F. J., & Rada Cadenas, D. M. (s.f.). *Perspectiva histórica de la educación sexual y la Sexología clínica en América Latina*.
- American College Health Association. (2006). Abstinence-only education policies and programs: A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health* 38, 83–87.
- APLAFA. (1971). *Dialogo interdisciplinario de consulta previa sobre educacion de la sexualidad*. Panamá: APLAFA.
- APLAFA. (1972). *Centro de Adiestramiento y Orientacion para la Enseñanza de la Educacion Sexual*. Informe Final junio de 1972. Centro de Impresión Educativa, Ministerio de Educación: Panamá.
- APLAFA. (1978). *Informe del seminario taller sobre metodología en educación sexual*. Panamá: APLAFA.
- Asamblea General de la OMS. (2004). *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Ginebra: Naciones Unidas A/59/422.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los derechos del niño*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.
- Asamblea Legislativa. (1996). Ley N°26, del 17 de diciembre de 1996, por la cual se dictan medidas de profilaxis y control de la epidemia del sida y el VIH. *Gaceta Oficial* N°22189, 1 - 7.
- Asamblea Legislativa. (2004). Ley 16 del 31 marzo 2004, que dicta disposiciones para la prevención y tipificación de delitos contra la integridad y la libertad sexual, y modifica y adiciona artículos a los Códigos Penal y Judicial. *Gaceta Oficial*, 25023.
- Asamblea Nacional. (2000). Ley N°3 de 5 de enero de 2000, general sobre las infecciones de transmisión sexual, el virus de la inmunodeficiencia humana y el sida. *Gaceta Oficial* 23,964 de 7 de enero.
- Asamblea Nacional. (2001). Decreto ejecutivo 119, del 29 de mayo de 2001, que reglamenta la Ley 3 de 2000, General sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, el Virus de La Inmunodeficiencia Humana y el SIDA. *Gaceta Oficial*.
- Asamblea Nacional. (2004a). *Constitución Política de la República de Panamá 1972 - 2004, texto único modificado por los Actos Reformativos de 1978, por el Acto Constitucional de 1983 y los Actos Legislativos de 1993, 1994 y 2004*. Panamá: Librería y Editorial Interamericana, S. A.
- Asamblea Nacional. (2004b). Ley N° 47 de 1946, Orgánica de Educación, reformada por la Ley N° 34 del 6 de julio de 1995, por la Ley N°50 de 1 de noviembre de 2002, por la Ley N° 60 de 7 de agosto de 2003 y por la Ley N° 29 de 20 de julio de 2006. Panamá: *Gaceta Oficial*.

- Asamblea Nacional. (2007). Título IV. Delitos contra el pudor y la libertad sexual. En Asamblea Nacional, Código Penal. Panamá: Gaceta Oficial.
- Asamblea Nacional. (2008a). Decreto Ejecutivo N°7 que crea la Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH. Gaceta Oficial N°25997, 9-11.
- Asamblea Nacional. (2008b). Decreto Ejecutivo N° 332, que deroga el artículo 12, del Decreto 149 de 20 de mayo de 1949. Gaceta Oficial, 14.
- Asamblea Nacional. (2010). Texto único del código penal de la república de panamá, adoptado por la Ley 14 de 2007, con las modificaciones y adiciones introducidas por la ley 26 de 2008, la ley 5 de 2009, la ley 68 de 2009 y la ley 14 de 2010.
- Auslander, B. A., Rosenthal, S. L., y Blythe, M. J. (2005). Sexual Development and Behaviors of Adolescents. *Pediatric Annals*, 34:10.
- Banco Mundial. (2012). Los Indicadores del desarrollo mundial. Recuperado el 15 de marzo de 2012, de El Banco Mundial: <http://datos.bancomundial.org/indice/ios-indicadores-del-desarrollo-mundial>
- Barsallo, T. (1998). Educación de los sentimientos. En I. G. Cesar Picón, *Innovaciones para transformar la educación panameña*. Panamá: UNESCO, Serie Populibros N°5.
- Bean, R. (1992). *The Four Conditions of Self-Esteem: A New Approach for Elementary and Middle Schools*. Second Edition. Santa Cruz, CA: ETR Associates.
- Bednarczyk, R., et al. (2012). Sexual Activity–Related Outcomes After Human Papillomavirus Vaccination of 11- to 12-Year-Olds. *Pediatrics* Volume 130, Number 5, november, 708 - 805.
- Berk, L. E. (1999). *Desarrollo del niño y el adolescente*, 4ta. edición. Madrid: Prentice Hall.
- Berrio, E., y Armién, B. (2005). Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva a poblaciones beneficiarias del Proyecto Piloto Prevención de las ITS/VIH/SIDA en Escuelas Primarias de la Región de San Miguelito, las Cumbres y Chilibre. Panamá: No publicado.
- Berrio, E., Tejada, I., Burgos, M., y Román, G. (2007). Informe del Gasto Nacional de VIH y Sida 2006: Nivel, Flujo de los Recursos y Costos. Panamá: Programa Nacional de ITS/VIH Y SIDA del Ministerio de Salud. Programa de Acción SIDA para Centroamérica (PASCA).
- Bertozzi, S., Laga, M., Bautista-Arredondo, S., y Coutinho, A. (2008). HIV Prevention 5. Making HIV prevention programmes work. *Lancet*, 831–44.
- Betts, C. D., Holder, R., y Milwood, C. d. (1987). La gonorrea en niños: la punta del iceberg. *Rev. Hosp. Niño*; 6(1), 30 - 5.
- Biot, P. et al. (2008). HIV Prevention 6. Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention. *Lancet*, 845–59.
- Bloch, I. (1937). *La vida sexual contemporanea*. Santiago, Chile: Editorial Cultural.
- Carlson, N. R. (2006). *Fisiología de la conducta*, 8va. edición. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Carnes, P. (1991). *Don't call it love: recovery from sexual addiction*. New York: Bantam Books.
- Carrasco Castillo, C. (2010). Embarazo adolescente: Encuesta de niveles de vida 2008. Panamá: Ministerio de Economía y Finanzas.
- Cattani, A. (2006). Crecimiento y desarrollo del adolescente. Lección 1: Crecimiento y desarrollo puberal durante la adolescencia. En Pontificia Universidad Católica de Chile, Diploma Desarrollo y salud integral de ladolcente. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.

- CDC. (2008). Little (PSBA) GTO: 10 Steps to Promoting Science-Based Approaches (PSBA) to Teen Pregnancy, Prevention using Getting To Outcomes (GTO). Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- CEASPA. (2001). Diagnóstico sobre educación reproductiva y paternidad responsable en Panamá. Panamá: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL.
- Coalición mesoamericana. (2011). Evaluación de la Implementación de la Declaración Ministerial, prevenir con educación: Panamá. México: IPPF.
- Colectivo de autores. (2001 y 2004). Resultados de la Evaluación del Proyecto de Educación Sexual en la Escuela Secundaria Básica. Tomo I y Tomo II. La Habana: Editorial.
- CONAVIH. (2009). Base de datos y referencias para una estrategia basada en evidencia. Panamá: Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH.
- Concha-Eastman, A. (2001). Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de lesiones. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- De Icaza, M. M., et al. (1985). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Primer caso confirmado en Panamá. *Rev Med Panama*, (10), 1, 66-66.
- De León, R., et al. (2011). Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER) 2009. Panamá: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios para la Salud.
- Declaración Ministerial Prevenir con educación. (2008). Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe. México: Coalición Mesoamericana por la Educación Integral de la Sexualidad.
- Del Castillo Troncoso, A. (2000). La polémica en torno a la educación sexual en la ciudad de México durante la década de los años treinta: conceptos y representaciones de la infancia. *Estudios sociológicos XVIII*: 52, 203 - 226.
- Falconier de Moyano, M. (1997). La educación en población y la educación sexual en América Latina. Proyecto principal de educación en América Latina y el Caribe. Boletín 43. Santiago, Chile.
- Farinoni, N., y Candanedo, L. (2002). Adolescentes embarazadas y madres: el derecho a culminar sus estudios. Testimonios y opiniones. Panamá: Programa Promoción de la Igualdad de Oportunidades. Ministerio de Educación.
- Ferrer, F. (1986). *Cómo educar la sexualidad en la escuela*. Barcelona: Ediciones CEAC, S. A.
- Flores, H., et al. (2005). Mitos, conocimientos, prácticas y opiniones sobre sexualidad humana en adolescentes panameños. Panamá: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Centro de Investigación en Reproducción Humana.
- Foucault, M. (1977). *La historia de la sexualidad I: La Voluntad de Saber*. México D.F.: Siglo veintiuno editores, s.a. de c.v.
- Fromm, E. (1959). *El arte de amar*. México D.F.: Ediciones Paidós Ibérica.
- Gumucio, M. (2006). Crecimiento y desarrollo del adolescente. Lección 2: Desarrollo psicosocial y psicosexual en la adolescencia. En P. U. Chile, Diplomado Desarrollo y salud integral del adolescente. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Haberland, N., y Rogow, D. (2010). *Un sólo currículo: Pautas y actividades para un enfoque integrado hacia la educación en sexualidad, género, VIH y derechos humanos*. Nueva York: Population Council.
- Hecht, R. (2010). *Costs and choices: financing the long term fight against AIDS*. Washington D.C.: Results for the Development Institute.

- Hernández, E., y Márquez, D. (2011). Manual educativo para la diversidad. Venezuela: Fundación Reflejos de Venezuela, Fondo Canadiense para Iniciativas Locales (FCIL), Unión Afirmativa de Venezuela y Amnistía Internacional Venezuela.
- Hernandez, A. (1996). Familia y Adolescencia: indicadores de salud. Manual de aplicación de instrumentos. Washington D.C.: Fundación Kellogg y Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- Iglesia Católica. (1983). Código de Derecho Canónico. Roma: Iglesia Católica.
- IIDEHSA y UNFPA. (2009). Estudio Nacional sobre Estado de los Derechos Humanos de Personas que Viven con VIH y Sida en Panamá. Panamá: Defensoría del Pueblo de Panamá, IIDEHSA, UNFPA.
- INEC. (2004). Estadísticas Vitales. Volumen III. Defunciones. Panamá: Contraloría General de la República de Panamá.
- INEC. (2007). Estadísticas Penales (sindicados) y de Niñez y Adolescencia. Panamá: Contraloría General de la República.
- INEC. (2008). Encuesta de Niveles de Vida. Panamá: Contraloría General de la República.
- INEC. (2014a). Estadísticas Vitales, Volumen III: defunciones. Panamá: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo.
- INEC. (2014b). Estadísticas Vitales: Nacimientos vivos y defunciones fetales. Panamá: Contraloría General de la República.
- IPPF. (1996). Carta de IPPF de Derechos Sexuales y Reproductivos. Federación Internacional de Planificación de la Familia. Informe Anual 1995-1996, 6.
- IPPF. (1997). Carta en pro de los derechos sexuales y reproductivos. Rev Panam Salud Publica vol.1 n.2 Washington Feb. , 147-8.
- IPPF. (2008). Derechos Sexuales: una declaración de IPPF. Londres: IPPF.
- Juárez Herrera, L. A. (2009). Apropiación de derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia: dimensiones de la ciudadanía. La Ventana , N° 30., 148 - 180.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., y Martin, C. E. (1948). Sexual Behavior in the Human Male. Bloomington, Indiana: Indiana University Press.
- Kirby, D., Laris, B., y Rolleri, L. (2005). Impact of Sex and HIV Education Programs on Sexual Behaviors of Youth in Developing and Developed Countries. Research Triangle Park, NC: Family Health International.
- Klein, M., Sathasivam, A., Novoa, Y., y Rapaport, R. (2009). Recent Consensus Statements in Pediatric Endocrinology. Endocrinol Metab Clin N Am 38, 811 - 825.
- Knippenberg, R. (2005). Neonatal Survival 3: Systematic scaling up of neonatal care in countries. Lancet, 365: 1087-98.
- Lavergne, J. (1975). APLAFA y su participación en el desarrollo de Panamá. Panamá: Departamento de Información y Educación de APLAFA.
- Luria Zella, R. M. (1979). Psychology of human sexuality. New York: John Wiley & Son.
- Mangrulkar, L., Whitman, C., y Posner, M. (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Washington, DC: Unidad de Salud de Adolescentes, Organización Panamericana de la Salud.
- Martínez H, y Castillero J. (2012). Informe Nacional sobre los progresos realizados en el país: Panamá, período comprendido entre enero de 2010 y diciembre de 2011. MINSAL, PNVIH y ONUSIDA.

- Masuy-Stroobant, G. (2001). The determinants of infant mortality: how far are conceptual frameworks really modelled? Louvain-la-Neuve: Université catholique de Louvain.
- McBride, D., y Bell, C. (2011). Human Immunodeficiency Virus Prevention with Youth. *Psychiatr Clin N Am*, (34) 217–229.
- McKenna, N. (1999). The silent epidemic: HIV/AIDS and men who have sex with men in the developing world. Londres: The Panos Institute.
- MEDUCA. (2010). Estadísticas educativas 2010 (Informe Preliminar). Panamá: Dirección Nacional de laneamiento Educativo, Departamento de Estadística.
- MIDES. (2008). IV Informe Nacional Clara González: situación de la mujer en Panamá 2002 - 2007. Panamá: MIDES.
- Miller, G., y Pérez, R. (1998). El aborto en Panamá: aspectos legales y sociales. Panamá: Editorial Portobelo.
- Ministerio de Educación. (1992). Guía didáctica de educación en población: Población y desarrollo, para la formación de docentes de la escuela Normal Juan Demóstenes Arosemena. Panamá: UNESCO, UNFPA.
- Ministerio de Educación. (2001). Tratamiento de las adolescentes embarazadas en el sistema educativo. Panamá: Ministerio de Educación. Oficina de Asuntos de la Mujer.
- MINJUNFA. (2004). Política pública de juventud de Panamá. Panamá: MINJUNFA.
- MINSAL y PNVIH. (2002). Guía para el manejo de la exposición ocupacional al HIV, HBV, HCV y recomendaciones para la profilaxis post exposición. Panamá: Ministerio de Salud, Programa Nacional de VIH y sida.
- MINSAL. (2010). Política Nacional de Salud y lineamientos estratégicos 2010 - 2015. Panamá: Ministerio de Salud.
- MMWR. (1981). Epidemiologic Notes and Reports: Pneumocystis Pneumonia - Los Angeles. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 30(21);1-3.
- Molina Gutiérrez, R. (2011). Condiciones juveniles contemporáneas: El padre adolescente, su relación parental y de pareja. *Última Década*, 35, 89-110.
- Morales, E. (1984). Epidemiología del adolescente panameño. *Revista del Hospital del Niño*. Vol. 3, 1-11.
- Moreno Pujol, J. (2011). Código de la Familia y del Menor, actualizado agosto 2011. Panamá: Editorial Mizrahi & Pujol, S.A.
- Moreno, A., et al. (Panamá). Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida 2007. 2007: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.
- Muñoz, V. (2010). Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación. Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Ocampo, J. A. (2001). Construir equidad desde la infancia y la adolescencia en Iberoamerica. Santiago de Chile: CEPAL, UNICEF, SECIB.
- OEI. (2000). Evolución y características del sistema educativo de Panamá. Panamá.
- Offit, A. K. (1979). El yo sexual. Barcelona : Ediciones Grijalbo, S.A.
- OMS. (2006). Defining sexual health: Report of technical consultation on sexual health 28 - 31 January, Geneva. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2008). Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. Ginebra: OMS.

- OMS. (1975). Technical Report Series Nr. 572. Education and treatment in human sexuality: The training of Health Professionals. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (s.f.). Workshop on gender, health and development: women health and development. OMS.
- OMS y BZgA, C. F. (2010). Standards for Sexuality Education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Colonia: Oficina Regional para Europa de la OMS y el Centro Federal para Educación de Salud (BZgA).
- OMS y ONUSIDA. (2000). Vigilancia del VIH de segunda generación: El próximo decenio. Ginebra: OMS.
- ONUSIDA. (2001). Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH. Ginebra: ONUSIDA/01.71S.
- ONUSIDA. (2007). Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA. (2010). Podemos empoderar a los jóvenes para que se protejan del VIH. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA).
- ONUSIDA. (2011a). Informe de ONUSIDA para el día mundial del sida 2011. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA. (2011b). Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres, 2011-2015. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA y OMS. (2003). Resumen para hacer las estimaciones de la infección por el VIH/SIDA y su impacto en los países con epidemias o concentradas de bajo nivel. ONUSIDA.
- OPS/OMS. (2005). Consejería orientada en los jóvenes para prevenir VIH/ITS y para promover la salud sexual y reproductiva: una guía para proveedores de primera línea. Washington, D.C.: Organización Pan Americana de la Salud.
- OPS/OMS. (2000). Promoción de la Salud Sexual: recomendaciones para la acción. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Sexología .
- OPS/OMS. (2010). Encuesta sobre la opinión de adolescentes y padres de adolescentes en temas de salud sexual y reproductiva del adolescente. En OPS/OMS, Situación actual de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Panamá: OPS/OMS.
- Orpinas, P., Rico A., y Martínez A. Familias latinas y jóvenes: un compendio de herramientas de evaluación. Washington, DC: OPS, 2013.
- Padian, N. S., et al. (2011). HIV prevention transformed: the new prevention research agenda. *Lancet*, 378: 269–78.
- Pantelides, E. (2005). Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. *Notas de Población*, 31 (78), 7-34.
- Pérez Fernández, C., y Rubio Auriolés, E. (1994). Antología de la sexualidad humana. México D.F.: Consejo Nacional de Población (CONAPO).
- Pinel, J. P. (2001). *Biopsicología*, 4ta. edición. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Piot, P. (septiembre de 2004). Apertura del seminario de alto nivel sobre VIH, SIDA y educación. UNUSIDA.
- PNUD. (2011). Informe sobre Desarrollo Humano 2011. Sostenibilidad y equidad: Un mejor futuro para todos. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

- PROBIDSIDA y MINSA. (2010). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre las ITS, VIH - SIDA en los estudiantes de los segundos ciclos del sistema educativo de Panamá. Panamá: No publicado.
- Quiroz Bonett, E. (2006). Compilación de convenios internacionales y leyes nacionales de protección en salud integral a la población adolescente (10 - 19 AÑOS) con énfasis en salud sexual y reproductiva. Panamá: MINSA.
- Rodríguez, J. (2007). Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias, problemas y desafíos. *Desafío. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio*. CEPAL, 4-6.
- Rodríguez, M. (2006). Estrategia para la educación con enfoque de género de los niños y niñas de la Escuela Primaria. Informe de tesis en opción al Grado de Doctor en Ciencias pedagógicas. La Habana: ISPEJV.
- Rubio Auriolos, E. (1994). Introducción al estudio de la sexualidad humana. En C. N. Población, *Antología de la sexualidad humana*, tomo I (págs. 17 - 37). México, D.F.: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Santamaría, N., e Icaza, M. (1993). Incesto : ladrón silencioso de la sexualidad normal. Colección Documentos N°3 . Panamá: Mujer, Salud y Desarrollo. Ministerio de Salud.
- Secretaría de Salud. (2002). *La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar*. México: Secretaría de Salud de México.
- Senderowitz, J., y Kirby, D. (2006). *Standards for Curriculum-Based Reproductive Health and HIV Education Programs*. Arlington, VA: Family Health International.
- Singh, S., Bankole, A., y Woog, V. (2005). Evaluating the need for sex education in developing countries: sexual behaviour, knowledge of preventing sexually transmitted infections/HIV and unplanned pregnancy. *Sex Education*. Vol. 5, No. 4, 307–331.
- Soriano Rubio, S. (1999). Origen y causa de la homosexualidad. En S. Soriano Rubio, *Como se vive la homosexualidad y el lesbianismo* (págs. 31-47). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Stanger-Hall, K. F., y Hall, D. W. (2011). Abstinence-Only Education and Teen Pregnancy Rates: Why We Need Comprehensive Sex Education in the U.S. *PLoS ONE* 6(10): e24658. doi:10.1371/journal.pone.0024658.
- Stoebenau, K., et al. (2011). More than just talk: the framing of transactional sex and its implications for vulnerability to HIV in Lesotho, Madagascar and South Africa. *Globalization and Health*, 7:34.
- Taylor, D. (1970). *El desarrollo sexual humano: perspectivas de la educación sexual*. Mexico D.F.: EDUTEX, S. A.
- UNAIDS. (2009). *UNAIDS Action Framework: Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People*. UNAIDS.
- UNESCO. (2010). *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. Enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud. Volumen I y II*. Paris: UNESCO.
- UNESCO/IBE. (2011). *Datos mundiales de educación, VII edición, 2010 / 11*: Panamá. UNESCO.
- UNICEF. (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2010: La adolescencia, una época de oportunidades*. New York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- United Nations Population Information Network. (s.f.). *Report of the ICPD (94/10/18) A/CONF. 171/13*. United Nations Population Information Network.
- Valladares Tayupanta, L. (2003). *Derechos sexuales. Serias para el debate* N° 2, 53-72.

- Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Rev Biomed*, 116-121.
- Vergès, C. (2007). Programas de educación sexual en Panamá. *Acta Bioethica*, 13 (1).
- Visser, M. J. (2005). Life skills training as HIV/AIDS preventive strategy in secondary schools: evaluation of a large-scale implementation process. *Journal des Aspects Sociaux du VIH/SIDA*, VOL. 2 NO. 1, 203 - 16.
- WAS. (2008). *Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico*. Minneapolis, MN: World Association for Sexual Health.
- Zoldbrod, A. (2000). *Sexo inteligente: cómo nuestra infancia marca nuestra vida sexual adulta*. Barcelona: Paidós.



<http://panama.unfpa.org>



www.gorgas.gob.pa