



Universidad de Valparaíso
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social



Trabajo Social y Adolescencia:
Intervención Profesional Reflexiva en el Programa de Salud
Adolescente del CESFAM Miraflores.

Seminario de Título para optar al Grado Académico de Licenciatura en
Trabajo Social y al Título Profesional de Asistente Social.

Institución Patrocinante:

Centro de Salud Familiar Miraflores.

Profesora Guía:

Patricia Castañeda Meneses.

Alumna Seminarista:

Giovanna Tamara Merino Araya.

Junio, 2010

Agradecimientos

A mi Madre y a mi Padre

Por su incondicional amor y por su ejemplo de superación incansable... al fin estaremos juntos nuevamente y para siempre. Este trabajo es para ustedes.

A mi Amor

Oscar, por tu compañía tan adorable y hacerme muy feliz. Sin tu ayuda habría sido todo más complicado.

A mis Amig@s y Compañer@s

Karina, Claudia, Siomara, Camila y Chelo, por los buenos momentos vividos y la energía positiva que siempre me brindaron. Sólo puedo decirles que aquello que más extrañaré de la Universidad, serán ustedes.

A mi Profesora Guía

Sra. Patricia Castañeda Meneses, por su cariñoso apoyo para llevar a cabo esta experiencia y realizar el más grande de mis sueños.

A mi Supervisor Institucional

Daniel Cubillos, por brindarme tu ayuda en el momento en que más lo necesitaba. Te estaré siempre agradecida por eso.

A mis queridos y queridas Adolescentes

Por haber sido el motor de esta experiencia. Les deseo el mejor de los futuros.

Y finalmente a Dios, por haber estado conmigo en este proceso.

A todos ustedes, mil gracias.

RESUMEN

Seminario de Título:	Trabajo Social y Adolescencia: Intervención Profesional Reflexiva en el Programa de Salud Adolescente del CESFAM Miraflores.
Institución Patrocinante:	Centro de Salud Familiar Miraflores.
Instituciones Colaboradoras:	Escuela Básica E-368 Ministro Zenteno. Escuela Básica E-353 La Parva.
Profesora Guía:	Patricia Castañeda Meneses.
Seminarista de Título:	Giovanna Merino Araya.
Período Académico:	2009-2010.

La presente experiencia de Seminario de Título, tiene por finalidad efectuar una Intervención Profesional Reflexiva en torno a la implementación del Programa de Salud Adolescente del Centro de Salud Familiar Miraflores de la comuna de Viña del Mar.

A.- ANTECEDENTES CONCEPTUALES.

Los antecedentes conceptuales en que se enmarca la experiencia se establecen como ejes de análisis, los cuales tienen un carácter transversal, estos son:

- Problemáticas de Salud de los Adolescentes.
- Promoción de la Salud en Adolescentes.

B.- OBJETIVO GENERAL DE INTERVENCIÓN.

El Objetivo General de la Intervención Profesional es *“Impulsar procesos de promoción de salud en adolescentes atendidos por el CESFAM Miraflores, en vistas al mejoramiento de sus problemáticas de salud, a través de la intervención directa y de la caracterización de experiencias de Programa de Salud Adolescente, llevadas a cabo en las comunas de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué y que resulten transferibles a las prácticas del equipo de trabajo del CESFAM Miraflores”*.

C.- RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

A partir del proceso de Intervención Profesional, es posible concluir lo siguiente:

- **Primer Eje Conceptual: Problemáticas de Salud de los Adolescentes.**

Salud Sexual y Reproductiva:

- Falta de claridad del rol que le corresponde al Estado en la educación sexual, ya que los lineamientos generales formulados en la Política de Educación Sexual elaborada por el Ministerio de Educación en 1993, no se traducen en el currículo escolar.
- La familia ha depositado gran parte de la responsabilidad relacionada con el abordaje de la sexualidad en los establecimientos educacionales, los cuales a su vez entregan una educación deficiente, tratando fundamentalmente contenidos biológicos-reproductivos, orientados a la prevención de conductas sexuales de riesgo.
- La principal dificultad para educar en sexualidad dice relación con la falta de preparación técnica, por lo que es necesario proporcionar educación y capacitación tanto a educadores como a las familias para promover eficazmente la salud sexual y reproductiva en los y las adolescentes.
- El abordaje de la sexualidad se inicia cuando los adultos reconocen el interés de los y las adolescentes para hablar sobre estos temas, por lo que esperan el momento para hacerlo, sin reconocer los beneficios de la educación sexual a temprana edad.

Convivencia Escolar:

- La convivencia es un proceso de aprendizaje, por lo tanto, es posible aprender y naturalizar tanto buenos tratos como malos tratos de acuerdo a los modos de relacionarse que se conozcan y se practiquen.
- El mejoramiento de la convivencia escolar requiere de la colaboración de todos los miembros de la comunidad educativa y, para ello se requiere estrechar el vínculo entre escuela y familia, el cual se va debilitando conforme avanzan los cursos.
- La gestión de los conflictos, es reconocida como una tarea necesaria, pero no se manejan estrategias preventivas para su abordaje, lo más frecuente es tomar medidas cuando los conflictos son reconocidos utilizando procedimientos sancionadores, los cuales no siempre producen los efectos deseados.
- Escasa formación en competencias prosociales para enfrentar conflictos de manera no violenta, la cual debiera ser parte del currículo escolar. Tampoco se cuenta con espacios de

participación que incluya a todos los estamentos de la institución escolar para dialogar y discutir en torno a los problemas de convivencia que les afectan.

▪ **Segundo Eje Conceptual: Promoción de la Salud en Adolescentes.**

- El Programa Espacios Amigables para la Salud de los Adolescentes, representa un avance dentro de la gestión de la Atención Primaria de Salud en cuanto a reconocer la importancia de la salud adolescente y para mejorar la accesibilidad de esta población a los servicios de salud.
- La familia puede desempeñar un rol fundamental en la salud de los y las adolescentes, pudiendo influir de forma positiva o negativa, en tanto proporciona modelos de conducta y educación sobre la salud. Por esta razón, el ámbito familiar debe considerarse como lugar de intervención para la promoción de salud en adolescentes.
- Un desarrollo saludable de los y las adolescentes, entre otros factores, depende del entorno social en el que se insertan, haciendo que se encuentren más o menos vulnerables a la adopción de conductas de riesgo, esto significa que hay elementos del entorno que puedan mejorarse o aprovecharse para potenciar su salud y su desarrollo.

ÍNDICE

CONTENIDOS	PÁGINA
▪ Presentación General	3
CAPÍTULO I: CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA	
1.1 Contexto Institucional	5
1.2 Contexto Programático	20
1.3 Contexto Territorial	25
CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA	
2.1 Modelo de Atención Integral de Salud	32
2.2 Promoción de la Salud en la Atención Primaria	35
2.3 Cuidado de Salud para Adolescentes y Jóvenes	38
2.4 Primer Eje Conceptual: Problemáticas de Salud de los Adolescentes	40
2.5 Prioridad Temática: Salud Sexual y Reproductiva Adolescente	43
2.6 Prioridad Temática: Convivencia Escolar	48
2.7 Segundo Eje Conceptual: Promoción de la Salud en Adolescentes	52
CAPÍTULO III: PLAN DE TRABAJO	
3.1 Fundamentación Metodológica	58
3.2 Antecedentes Diagnósticos	61
3.3 Propósito de la Intervención	67
3.4 Matriz de Programación por Ciclos	67
A. Ciclo I	69
B. Ciclo II	72
C. Ciclo III	74
3.6 Técnicas de Intervención	76
3.7 Criterios de Validación	77

CAPÍTULO IV: PROCESO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL	
4.1 Ciclo I Intervención Profesional	78
A. Escuela Ministro Zenteno	79
B. Escuela La Parva	116
4.2 Ciclo II Experiencias de Programa de Salud Adolescente	151
A. Centro de Salud Familiar Nueva Aurora	152
B. Centro de Salud Vecinal Las Palmas Chilenas II	155
C. Centro de Salud Padre Damián de Molokai	158
D. Centro de Salud Quilpué	162
4.3 Ciclo III Intervención Profesional	169
A. Escuela Ministro Zenteno	170
B. Escuela La Parva	188
4.4 Matriz de Síntesis	206
CAPÍTULO V: REFLEXIONES PROFESIONALES	
5.1 Reflexiones Primer Eje Conceptual	212
5.2 Reflexiones Segundo Eje Conceptual	233
5.3 Reflexiones Integradas Primer y Segundo Eje : Política de Salud Adolescente	238
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	
6.1 Conclusiones Metodológicas	242
6.2 Conclusiones Temáticas	243
6.3 Conclusiones Profesionales	245
BIBLIOGRAFÍA	246

PRESENTACIÓN GENERAL

El presente Seminario de Título tiene por objeto dar cuenta del Proceso de Intervención Profesional Reflexiva, efectuado por la alumna seminarista, llevado a cabo durante los meses de Agosto del 2009 a Junio del presente año.

El proceso referido, se efectuó bajo el patrocinio del Centro de Salud Familiar Miraflores de la comuna de Viña del Mar, a través del cual se desarrollaron procesos socioeducativos con adolescentes pertenecientes a dos establecimientos educacionales del sector. El énfasis de estas iniciativas estuvo en la intervención de las problemáticas de salud adolescente que tienen mayor demanda en este centro de salud, mediante la promoción de la salud sexual y reproductiva y, la convivencia pacífica en el ámbito escolar.

Asimismo, se buscó extender estas acciones a la caracterización de experiencias de Programa de Salud Adolescente, llevadas a cabo en las comunas de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué, de manera de identificar los procedimientos idóneos de atención de los y las adolescentes.

Este proceso responde a la necesidad sentida del equipo de salud del CESFAM Miraflores respecto de mayor claridad sobre las necesidades de salud adolescente y la demanda por proveer servicios de salud adecuados para esta población, todo ello como un paso previo y fundamental para la implementación de su propio Programa de Salud Adolescente.

Dentro de este contexto, se elabora el presente documento, el cual se organiza en seis capítulos, que se detallan a continuación:

- **Capítulo I: Contextos de la Experiencia:** Tiene por objeto dar cuenta de los contextos que enmarcan el proceso de intervención, los cuales corresponden al Contexto Institucional, Contexto Programático y Contexto Territorial.
- **Capítulo II: Marco de Referencia:** Expone los principales referentes conceptuales que dan soporte a la intervención profesional, distinguiéndose los ejes conceptuales que estructuran la experiencia, correspondiendo a: Problemáticas de Salud de los Adolescentes y Promoción de la Salud en Adolescentes.

- **Capítulo III: Plan de Trabajo:** Presenta la estructura de la intervención profesional, compuesta por la fundamentación metodológica, el objetivo general a alcanzar, los antecedentes diagnósticos y la programación de las actividades a llevar a cabo, en la que se recogen las etapas a seguir, sus plazos y los criterios de validación.
- **Capítulo IV: Intervención Profesional:** Sistematiza el conjunto de acciones efectuadas en cada uno de los ciclos de trabajo, analizándose desde los ejes conceptuales que estructuran la experiencia. Presentándose, también, el nivel de logro alcanzado por los objetivos propuestos a través de la evaluación de sus resultados.
- **Capítulo V: Reflexiones Profesionales:** Desarrolla un análisis reflexivo en torno a los ejes conceptuales y a los aprendizajes surgidos a partir de la experiencia.
- **Capítulo VI: Conclusiones:** Contiene las reflexiones finales en torno a la metodología utilizada, la temática abordada y al Trabajo Social en el campo de la salud.

CAPITULO I



CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA

CAPÍTULO I
CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA

I. CONTEXTO INSTITUCIONAL:

1.1 CORPORACIÓN MUNICIPAL DE VIÑA DEL MAR PARA EL DESARROLLO SOCIAL:

❖ **IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN:**

Razón Social : Corporación Municipal de Viña del Mar para el Desarrollo Social.

Dirección : 10 Norte # 907, Viña del Mar.

RUT : 70.872.300-2

Página Web : www.cvm.cl

❖ **DESCRIPCIÓN GENERAL:**

La Corporación Municipal para el Desarrollo Social es una institución de derecho privado sin fines de lucro, creada con el objeto de administrar los servicios en el ámbito de la Educación Pública, Salud Primaria y Cementerio, traspasados en administración a la Ilustre Municipalidad de Viña del Mar.

Fue fundada el 3 de Septiembre del año 1981, para impulsar en la comuna el crecimiento económico y el desarrollo social, esto es, para mejorar la calidad de vida de los residentes de la ciudad.

❖ **FINANCIAMIENTO:**

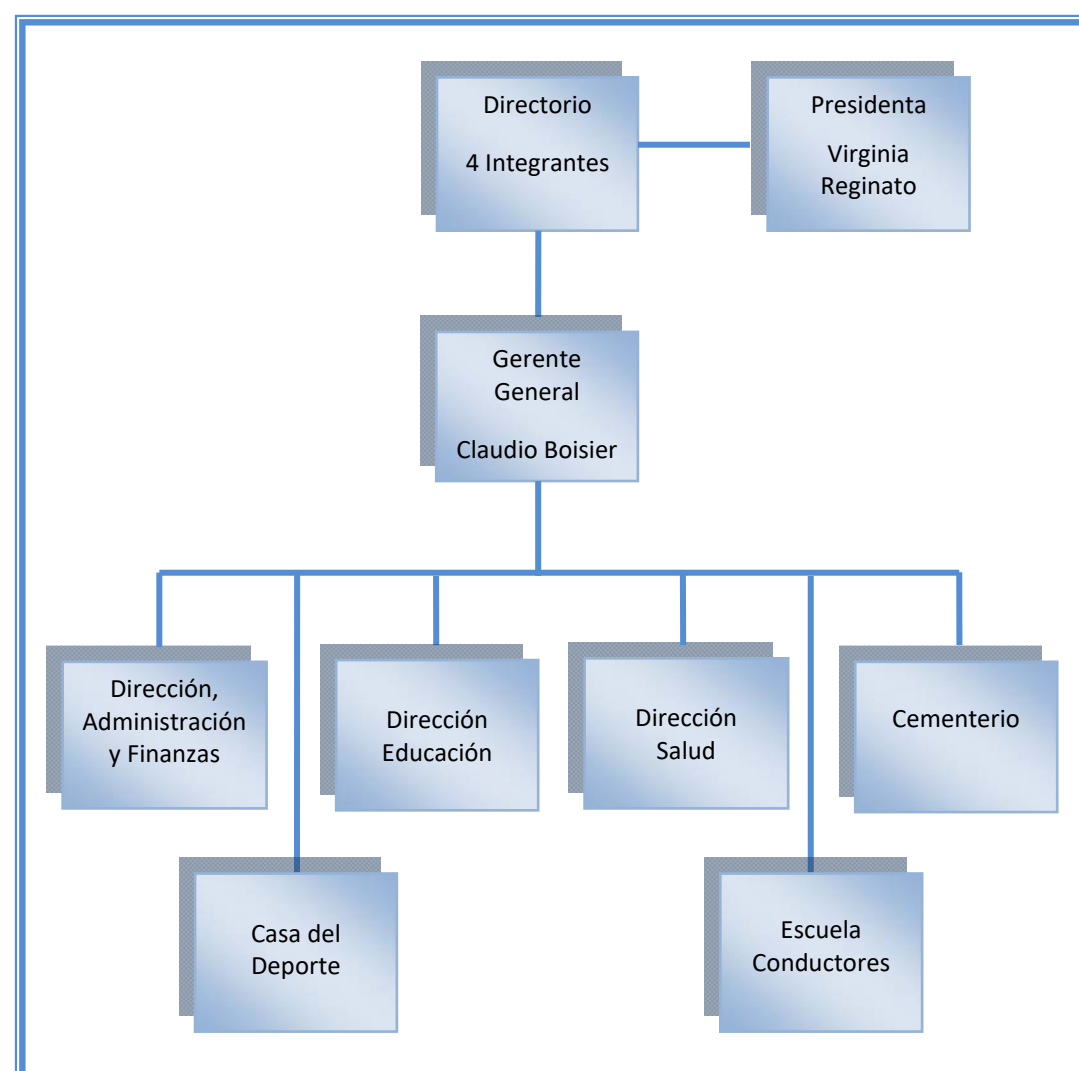
El financiamiento de la Corporación, proviene de Ingresos Propios (Aquellos emanados de la Escuela de Conductores, financiamiento compartido en la enseñanza media en el área de educación, prestaciones a particulares en el área de salud y los ingresos provenientes del Cementerio), Financiamiento Fiscal (Por concepto del Ministerio de Educación y Salud) y Aporte Municipal.

❖ **ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL:**

En cuanto a su organización interna, la administración superior de la Corporación de Viña del Mar para el Desarrollo Social le corresponde a un Directorio integrado y presidido por la alcaldesa de la ciudad. La función del directorio es administrar la Corporación y sus bienes, de acuerdo con las facultades que señala su estatuto.

Le corresponde además, el diseño y determinación de las Políticas de Desarrollo de la Corporación, dictar las normas y reglamentos de operación y funcionamiento, modificación o supresión de los establecimientos corpóreos, autorizar la enajenación de bienes raíces y conceder al Gerente General las facultades que requiere para la ejecución de su gestión.

El Gerente General es la máxima autoridad funcional de la Corporación, siendo el responsable de la dirección y gestión global de la institución.

❖ **ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN:**

Fuente: www.cmvvm.cl, 2009.

1.2 ÁREA DE SALUD DE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL VIÑA DEL MAR PARA EL DESARROLLO SOCIAL:

El área de Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar debe ejercer con eficacia y eficiencia la Salud Pública. En su visión de servicio se compromete a *“Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población de Viña del Mar, con un Sistema de Salud innovador, resolutivo y de excelencia que satisfaga oportunamente las necesidades de la comunidad, constituyendo un modelo de referencia para el desarrollo de la salud del país”*.

Asimismo, se ha propuesto como misión *“Construir un Sistema Comunal de Salud dinámico, participativo e integrado que facilite el trabajo y desarrollo del equipo de salud, permitiendo con estrategias innovadoras y sustentables, el logro de los objetivos y metas de nuestra institución”*.

En relación al radio de acción que abarca la Corporación es posible señalar que cuenta con diez centros de salud, tres centros comunitarios vecinales y cuatro servicios de atención primaria de urgencia, estos son:

- ❖ Centro de Salud Brígida Zavala.
- ❖ Centro de Salud Prof. Eugenio Cienfuegos.
- ❖ Centro de Salud Familiar Dr. Juan Carlos Baeza.
- ❖ Centro de Salud Las Torres.
 - CECOV Las Palmas Chilenas II.
 - SAPU Las Torres.
- ❖ Centro de Salud Lusitania.
- ❖ Centro de Salud Familiar Dr. Marco Maldonado.
- ❖ Centro de Salud Familiar Miraflores.
 - CECOV Achupallas.
 - SAPU Miraflores.
- ❖ Centro de Salud Nueva Aurora.
 - SAPU Nueva Aurora.
- ❖ Centro de Salud Reñaca Alto.
 - SAPU Reñaca Alto.
- ❖ Centro de Salud Familiar Gómez Carreño.
 - CECOV Santa Julia

1.3 CENTRO DE SALUD FAMILIAR MIRAFLORES:

❖ IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

Nombre: Centro de Salud Familiar Miraflores.

Director: Sra. Ruth Rogers McLean.

Dirección: Avenida Eduardo Frei, esquina el Membrillo sin número Miraflores Alto, Viña del Mar.

Teléfono: 2645181

Fax: 2642700

Dependencia Administrativa: Se encuentra a cargo de la Corporación Municipal de Viña del Mar, desde 1988, en relación directa con el área de salud de dicha entidad.

Tipo de Institución: El CESFAM Miraflores es una institución de carácter público, sin fines de lucro, específicamente urbano y con Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) adosado.

❖ ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

Su creación se remonta al año 1970 aproximadamente, encontrándose en ese momento ubicado en el sector de Lusitania. Pero no es hasta el año 1978 que se establece en su ubicación actual, es decir, en el sector de Miraflores Alto.

En el año 1988 el centro de salud es trasladado de una dependencia directa del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota a una dependencia perteneciente a la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Viña del Mar.

Posteriormente, en 1992 se incorporan a sus dependencias, de manera adosada, el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), con el objetivo de satisfacer más eficiente y eficazmente las necesidades del usuario externo. Luego, en noviembre del año 2008, se da por inaugurado el Centro de Salud Vecinal Sergio Donoso Rodríguez, anexo del CESFAM Miraflores, dependiendo de éste administrativa y técnicamente.

Actualmente, los vecinos de Miraflores alto esperan la construcción de su nuevo centro de salud, proyecto que se encuentra en ejecución. Este proyecto podrá revertir de manera favorable las condiciones del actual establecimiento y mejorar sustantivamente la atención de salud a una población de 30.000 habitantes de Miraflores Alto, dotando al sector de un nuevo inmueble con un alto estándar de construcción y operado bajo el modelo de atención familiar.

❖ PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA INSTITUCIÓN:

El CESFAM Miraflores tiene como Misión: *“Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidad de nuestra jurisdicción, con enfoque familiar, preventivo y promocional otorgando atención integral de salud en forma oportuna, equitativa, humanizada, de acuerdo a los recursos disponibles, con un equipo comprometido, técnicamente calificado, sustentado en valores éticos, como igualdad, tolerancia y respeto mutuo, en coparticipación con la comunidad y trabajo en red”.*

❖ OBJETIVOS INSTITUCIONALES:

El Centro de Salud presenta los siguientes objetivos propios de una institución del área de atención primaria, basados en la promoción y prevención de la salud en la comunidad perteneciente a su jurisdicción, es así como se desprenden los siguientes objetivos:

- Fomentar el autocuidado de la salud en la población.
- Promocionar el cuidado de la salud de los pacientes.

Así lo anterior, es importante mencionar que la atención primaria de salud se ha instalado en un contexto de necesidades paliativas, en una población ya dañada, por lo que ha sido necesario hacerse cargo de aspectos más paliativos de la salud, de acuerdo a las demandas de la población y las capacidades de los servicios de salud de atención secundaria que se encargan de contingencias de mayor complejidad.

❖ COBERTURA DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR:

El CESFAM Miraflores cuenta con una población inscrita aproximada de 40.000 personas. La mayoría de los usuarios pertenecen a familias de escasos recursos, y un 88,1% de los inscritos, pertenece al Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Además de las prestaciones directas a los usuarios, se agrega el trabajo intersectorial con diversos organismos que colaboran en diferentes áreas del sector, tales como: Establecimientos educacionales, Seguridad Ciudadana, Carabineros de Chile, Juntas de Vecinos, Consejo Local de Salud y Organizaciones Comunitarias (clubes de adultos mayores, centros de madre, entre otros).

❖ RADIO DE ACCIÓN:

El Centro de Salud se ubica en el sector de Miraflores Alto, lo que permite que el radio de acción se extienda hacia los sectores aledaños a su ubicación geográfica, dentro de los cuales se destacan:

- Miraflores Alto, Achupallas, Santa Julia, Villa Dulce, Villa Independencia, Granadilla, Las Pataguas y Los Almendros.

Cabe señalar que al interior del Centro de Salud se implementa una estrategia de atención de usuarios focalizada en los sectores donde pertenecen los usuarios (sectorización).

Los sectores se distinguen por diferentes colores, los cuales se identifican en forma gráfica y permiten una planificación de actividades más eficiente, por parte del equipo profesional, los colores utilizados son: rojo, verde, azul y amarillo.

En relación a lo anterior se establece que la atención del Centro de Salud está dividida en cuatro sectores y cada sector está a cargo de un equipo de salud, el cual se encuentra dirigido por un profesional en específico.

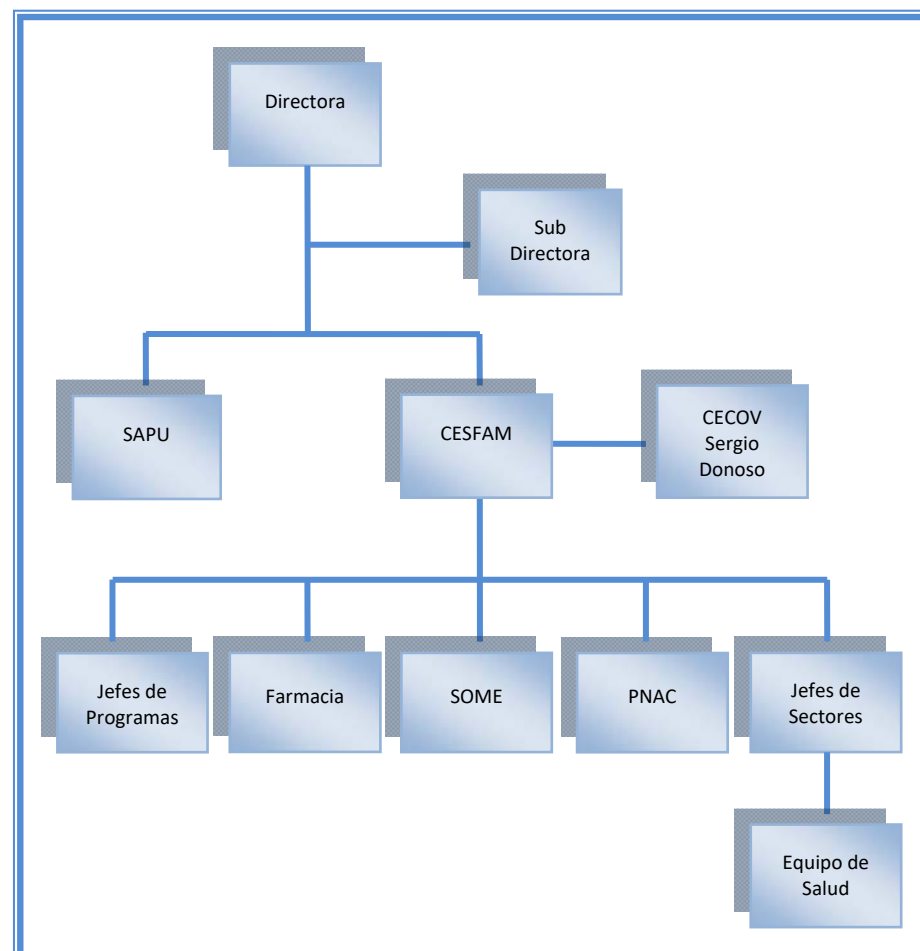
Los cuatro Sectores que comprenden el Centro de Salud, de acuerdo a cobertura son los siguientes:

- **Sector 1 (Amarillo):** Abarca las siguientes calles: Granadilla 1, 2,3 y 5, El Palto, El Raulí, Avda. Padre Hurtado (del pasaje 1 al 10), El Manzano, El Durazno, El Membrillo, El Lúcumo y El Ciprés.
- **Sector 2 (Rojo):** Este comprende Villa Dulce, Sol de Granadilla, Sol Naciente (desde el Paradero 12 hasta el supermercado Líder), Villa Dulce ampliación, Villa Dulce Norte y calle el Roble.
- **Sector 3 (Azul):** Este abarca Villa Independencia, Villa Rogers, Lomas la Torre, Achupallas desde el paradero 12 al 10 y desde Paradero 12 al 5 de Santa Julia.
- **Sector 4 (Verde):** Este comprende desde el Paradero 9 al 3½ de Achupallas actual Radio de Acción del Centro de Salud Vecinal Sergio Donoso Rodríguez.

❖ **PROGRAMAS DE LA INSTITUCIÓN:**

En cuanto a los programas que se encuentran presentes en el CESFAM, es necesario aclarar que éstos buscan abordar a la totalidad de su población de manera integral, clasificándose según su población objetivo, estos corresponden a los siguientes:

- **Programa Infantil:** A cargo de la nutricionista Sra. Beatriz Martínez, este programa se subdivide en: recién nacidos, menores con malnutrición, menores con enfermedades crónicas, morbilidad social y menores con retraso en el desarrollo psicomotor.
- **Programa de la Mujer:** En manos del Matrón Sr. Fernando Palomino, subdividiéndose este en: embarazadas, mujer en edad fértil (19 a 64 años) y mujeres de 65 años y más.
- **Programa Adulto:** Dependiente del enfermero Sr. Rogelio Estay, el programa cuenta con los siguientes subprogramas: morbilidad social, senescente y crónica.
- **Programa Odontológico:** A cargo de la Odontóloga Sra. Mariana Muñoz, con los subprogramas de: primigestas y niños de 2, 4, 6 y 12 años.

❖ **ORGANIGRAMA DEL CESFAM MIRAFLORES:**

Fuente: Elaboración Propia, 2009.

❖ TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN:

El Trabajo Social dentro de la institución está inserto en un Departamento de Servicio Social, esta área de la institución esta compuesta por cinco profesionales, a quienes se les asignó un sector específico de atención según corresponde a la división que se utiliza como estrategia de gestión en la institución, a continuación se agrega la lista de profesionales y su respectivo sector:

- Petronila Pino, asistente social del sector uno, quien además cumple las funciones de subdirectora y jefa del área social.
- Santiago Cubillos Segovia, asistente social del sector uno.
- Karen Valenzuela, asistente social y jefa del sector dos.
- Judith Valenzuela, asistente social y jefa del sector tres.
- María Eugenia Cavieres, asistente social del sector cuatro.

Los profesionales atienden a los usuarios y usuarias en diversos horarios existiendo turnos en la mañana en donde se atiende aproximadamente a doce personas, turnos en la tarde en donde se atiende a diez personas aproximadamente y un turno vespertino en donde se atiende a la cantidad de cinco personas aproximadamente. Es así como la jornada de los profesionales es dividida en tres etapas.

Respecto a los niveles de intervención a partir de los cuales opera el trabajador social al interior de la institución se debe declarar que se encuentran presentes los tres niveles, estos son los niveles de familia, grupo y comunidad. Siendo el fuerte de la intervención de trabajo social los niveles de familia y comunidad, dado que ambos son abordados por todos los miembros del equipo, en cambio el nivel de grupo es trabajado solo por parte del equipo y con menor incidencia en el desempeño laboral.

Los objetivos del Departamento de Servicio Social dentro de la atención primaria, y en especial en el CESFAM Miraflores, son los siguientes:

- Contribuir a la incorporación de los diferentes actores sociales, especialmente la comunidad, en acciones conjuntas con el equipo de salud.
- Contribuir a la conformación y fortalecimiento de organizaciones y redes sociales de apoyo para la promoción de salud.

- Promover en conjunto con el equipo una eficiente utilización de los recursos existentes (gubernamentales-no gubernamentales), a nivel público, privado y solidario, contribuyendo a su articulación.
- Colaborar con el equipo de salud en el desarrollo de mecanismos de mejoramiento y evaluación de la calidad y humanización de la atención de salud.
- Aplicar con los equipos los enfoques psicosocial, familiar y comunitario en la prevención y tratamiento de los problemas específicos de salud.
- Contribuir a que los equipos de salud incorporen los elementos sociales y culturales, tanto en el diagnóstico de la situación de salud como en la programación de su actividad.
- Estimular la coordinación interniveles o interservicios para la atención de salud, la perspectiva de facilitar una utilización eficiente de los recursos institucionales y mejorar el acceso real de la población a las prestaciones de salud.
- Contribuir a la integración de la medicina tradicional a la medicina científica, a través de la aplicación de metodologías que permitan recoger el conocimiento y la experiencia tradicional y su articulación con el conocimiento científico.
- Implementar sistemas de vigilancia de los factores de riesgo social en relación a problemas relevantes de salud.
- Integrar el aporte específico del Asistente social en los diferentes programas, subprogramas y proyectos específicos que se implementan en los diferentes niveles y tipos de establecimiento.

1.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES PARTICIPANTES DEL PROCESO:

A. Escuela Ministro Zenteno.

Establecimiento	Escuela Básica E-368 Ministro Zenteno.
Dependencia	Perteneciente a la Corporación Municipal de Viña del Mar para el Desarrollo Social.
Dirección	Avenida Carlos Ibáñez s/n Paradero 6 de Achupallas, Viña del Mar.
Fono	2393573
Email	minzen368@yahoo.es
Equipo Directivo	Directora: Viviana Berrueta Dus Santos. Jefa U.T.P.: Marcela Mendoza Rojas. Inspector General: Manuel Herrera Sáez. Orientadora: Mirta González Muñoz.
Misión	La Escuela Ministro Zenteno, tiene como función principal la formación de alumnos de manera integral desarrollando tanto la parte cognitiva como valórica, potenciando sus capacidades para llegar a ser una persona autónoma, respetuosa de los demás, motivadas a los aprendizajes para lograr situarse de manera positiva, constructiva y crítica en el contexto social y cultural del que forma parte. Junto con orientar el proceso de crecimiento hacia la autoafirmación, para que regule su comportamiento en su relación con los demás.
Fecha de Fundación	Fue fundada el 08 de noviembre de 1961; con 49 años de servicio a la comunidad, es uno de los establecimientos más antiguos del sector.

Matrícula 2010	En el año 2010, la matrícula del establecimiento alcanzó los 846 alumnos/as.
Cursos que Imparte	Educación Parvularia y Enseñanza Básica (28 cursos en total).
Dotación Docente	La dotación del establecimiento está constituida por 35 docentes.
Proyectos Especiales en Ejecución	<ul style="list-style-type: none"> -Plan de Mejora. LEY SEP. -Programa Enlaces. MINEDUC. -Programa Habilidades para la Vida. JUNAEB. -Programa de Prevención Consumo de Drogas CONACE. -Proyecto de Prevención de Violencia y Promoción de Conductas Prosociales en Establecimientos Educativos. MINISTERIO DEL INTERIOR. -Certificación Ambiental de Establecimientos Educativos CONAMA.
Infraestructura	La infraestructura de la escuela está conformada por 14 salas de clases distribuidas en único edificio de material mixto, los alumnos tienen acceso también a una Sala de Computación, Biblioteca, Casino, 1Patio interior con suelo pavimentado, 1 Kiosco Escolar y el Área de administración, donde se encuentra la Oficina de dirección, Secretaría, Oficina UTP, Oficina de Inspección. Sin embargo el mayor problema de esta escuela es el espacio limitado en donde se encuentra, observándose un nivel de hacinamiento, especialmente en el patio, el cual no cumple con la capacidad suficiente para todos los alumnos/as, además no cuenta con una sala multiuso ni con gimnasio donde desarrollar actividades deportivas-recreativas.
Clasificación Ley de Subvención Escolar Preferencial (SEP)	<p>Clasificación del establecimiento según resultados educativos que muestren los alumnos: Autónomas (han mostrado sistemáticamente buenos resultados educativos de sus alumnos en las pruebas SIMCE), Emergentes (no han mostrado sistemáticamente buenos resultados), En Recuperación (han obtenido reiteradamente resultados deficientes):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Autónoma.

N° de Alumnos Prioritarios	<p>Alumnos para quienes la situación socioeconómica de sus hogares dificulte sus posibilidades de enfrentar el proceso educativo, determinándose anualmente la calidad de tal:</p> <p>-225 Alumnos/as.</p>																		
Redes de Apoyo	<p>-Organizaciones Externas: Juntas de Vecinos, ONG, Clubes Deportivos, Iglesias, Centro de Salud, Las Universidades a través de sus prácticas profesionales.</p> <p>-Instituciones externas de la comunidad que le permiten realizar visitas culturales y de aprendizaje: CONAF, Poder Ejecutivo, Poder Judicial, Carabineros de Chile, Poder Legislativo, Museos, Parques, etc.</p> <p>-Corporación Municipal de Viña del Mar: Proyectos extra escolares y extra programáticos.</p>																		
SIMCE (2009)	<p>Los resultados en el Sistema de Medición de los resultados de aprendizaje del Ministerio de Educación en el año 2009, fueron los siguientes:</p> <table border="1" data-bbox="850 1258 1577 1371"> <thead> <tr> <th>4°Básico</th> <th>Lenguaje</th> <th>Matemáticas</th> <th>Comp. Medio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Puntaje</td> <td>255</td> <td>244</td> <td>244</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="795 1409 1631 1576"> <thead> <tr> <th>8°Básico</th> <th>Lenguaje</th> <th>Matemáticas</th> <th>Comp. Medio Natural</th> <th>Comp. Medio Social</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Puntaje</td> <td>230</td> <td>249</td> <td>244</td> <td>243</td> </tr> </tbody> </table>	4°Básico	Lenguaje	Matemáticas	Comp. Medio	Puntaje	255	244	244	8°Básico	Lenguaje	Matemáticas	Comp. Medio Natural	Comp. Medio Social	Puntaje	230	249	244	243
4°Básico	Lenguaje	Matemáticas	Comp. Medio																
Puntaje	255	244	244																
8°Básico	Lenguaje	Matemáticas	Comp. Medio Natural	Comp. Medio Social															
Puntaje	230	249	244	243															
Promoción Escolar y Repitencia (2009)	<p>Porcentaje de Promoción: 99,1%</p> <p>Porcentaje de Repitencia: 0,9%.</p>																		

B. Escuela La Parva.

Establecimiento	Escuela Básica E-353 La Parva.
Dependencia	Perteneciente a la Corporación Municipal de Viña del Mar para el Desarrollo Social.
Dirección	Estanislao Loayza s/n Población La Parva, Paradero 3 de Achupallas, Viña del Mar.
Fono	2393514
Email	laparva@vtr.net
Equipo Directivo	Directora: Nadia Angélica Muñoz González. Jefa U.T.P.: Luz María Saavedra Molina.
Misión	La Escuela La Parva, tiene como misión satisfacer las necesidades educativas, cognitivas, formativas y valóricas de todos los alumnos para entregar aprendizajes de calidad que les permitan obtener las competencias requeridas para cada nivel de enseñanza.
Fecha de Fundación	Fue fundada en el año 1963; con 47 años de servicio a la comunidad, es uno de los establecimientos más antiguos del sector.
Matrícula 2010	En el año 2010, la matrícula del establecimiento alcanzó los 224 alumnos/as.
Cursos que imparte	Educación Parvularia y Enseñanza Básica en una Jornada Escolar Completa, (10 cursos en total).

Dotación Docente	La dotación del establecimiento está constituida por 14 docentes.
Proyectos Especiales en Ejecución	<ul style="list-style-type: none"> -Plan de Mejora. LEY SEP. -Programa Enlaces. MINEDUC. -Programa Novasur. MINEDUC. -Programa Habilidades para la Vida. JUNAEB. -Programa de Prevención Consumo de Drogas CONACE.
Infraestructura	La infraestructura de la escuela está construida por material ligero, cuenta con salas espaciosas, ventiladas e iluminadas, además tiene dos patios exteriores, uno de ellos es techado donde se encuentra el sector de pre-básica, el cual está conformado por una sala cuna y un jardín infantil. Los alumnos tienen acceso también a un laboratorio de ciencias, una sala multiuso, una sala de computación, biblioteca, casino, área de administración, donde se encuentra la oficina de dirección y la oficina de la UTP. Sin embargo, no cuenta con un gimnasio donde los/as alumnos puedan desarrollar actividades deportivas-recreativas.
Clasificación Ley de Subvención Escolar Preferencial (SEP)	Clasificación del Establecimiento según resultados educativos que muestren los alumnos: Autónomas (han mostrado sistemáticamente buenos resultados educativos de sus alumnos en las pruebas SIMCE), Emergentes (no han mostrado sistemáticamente buenos resultados), En Recuperación (han obtenido reiteradamente resultados deficientes): -Emergente.
N° de Alumnos Prioritarios	Alumnos para quienes la situación socioeconómica de sus hogares dificulte sus posibilidades de enfrentar el proceso educativo, determinándose anualmente la calidad de tal: -66 Alumnos/as.

Redes de Apoyo	<p>Las instituciones de carácter público o privado que intervienen en el establecimiento educacional son:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB). -Corporación Municipal de Viña del Mar. -Oficina de Protección de los Derechos de la Infancia y Adolescencia (OPD). -Programa Adopta un Hermano. -Centro de Salud Vecinal “Sergio Donoso Rodríguez”. 																		
SIMCE (2009)	<p>Los resultados en el Sistema de Medición de los resultados de aprendizaje del Ministerio de Educación en el año 2009, fueron los siguientes:</p> <table border="1" data-bbox="793 937 1629 1056"> <thead> <tr> <th>4°Básico</th> <th>Lenguaje</th> <th>Matemáticas</th> <th>Comp. Medio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Puntaje</td> <td>270</td> <td>242</td> <td>248</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="793 1092 1629 1264"> <thead> <tr> <th>8°Básico</th> <th>Lenguaje</th> <th>Matemáticas</th> <th>Comp. Medio Natural</th> <th>Comp. Medio Social</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Puntaje</td> <td>257</td> <td>259</td> <td>257</td> <td>246</td> </tr> </tbody> </table>	4°Básico	Lenguaje	Matemáticas	Comp. Medio	Puntaje	270	242	248	8°Básico	Lenguaje	Matemáticas	Comp. Medio Natural	Comp. Medio Social	Puntaje	257	259	257	246
4°Básico	Lenguaje	Matemáticas	Comp. Medio																
Puntaje	270	242	248																
8°Básico	Lenguaje	Matemáticas	Comp. Medio Natural	Comp. Medio Social															
Puntaje	257	259	257	246															
Promoción Escolar y Repitencia (2009)	<p>Porcentaje de Promoción: 92%</p> <p>Porcentaje de Repitencia: 8%</p>																		

II. CONTEXTO PROGRAMÁTICO:**2.1 POLÍTICA NACIONAL DE SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES.****MINISTERIO DE SALUD 2008-2015:****❖ PROPÓSITO:**

El Propósito último de esta Política es contribuir al máximo estado de bienestar biopsicosocial de la población de Adolescentes y Jóvenes en Chile, con equidad, enmarcado este bienestar en la promoción del Desarrollo Humano.

El Estado debe garantizar los bienes primarios de desarrollo de los individuos y sus comunidades, donde la salud cumple un papel esencial en el proceso de oportunidades.

Esta inversión no sólo se justifica como un imperativo ético vinculado a los derechos básicos, sino también como una condición sine qua non para el crecimiento y desarrollo social del país, al fortalecer el capital humano.

Esta Política expresa la preocupación y decisión que tiene el sector salud por contribuir a la calidad de vida de la Gente Joven.

El fundamento de esta Política es el reconocimiento de los y las adolescentes y jóvenes como sujetos de Derechos y Deberes. Esto obliga al sector salud a la satisfacción de sus necesidades reales, y a estimular permanentemente a los jóvenes y adolescentes a ser protagonistas de la búsqueda del estado pleno de bienestar.

Siendo el imperativo ético de este sector trabajar por la formación de una persona conectora tanto de los factores que la protegen como de aquellos que la ponen en riesgo tanto a nivel individual como colectivo; una persona capaz de enfrentar y en lo posible superar la adversidad. Un equipo de salud que se pone a disposición de las necesidades de salud de su población, de manera empática, colaboradora y con capacidades técnicas adecuadas y oportunas.

❖ ESTRATEGIAS DE ACCIÓN:

La Política de Salud para los adolescentes y jóvenes de Chile se traduce en las estrategias que se describen a continuación:

▪ Relevar la Salud de la Gente Joven:

Durante largos años las necesidades de salud de los y las adolescentes y jóvenes no se visualizaron en el sistema de salud, en las diversas estructuras del Estado ni en los medios de comunicación. Sólo se han destacado sus necesidades a partir de los daños, es decir de los problemas y no de sus potencialidades, llegando a generalizarse una estigmatización de esta etapa del ciclo vital.

Fue reconocido su importancia dentro del Ministerio de Salud a partir del año 1995 en que se crea el Programa de Salud del Adolescente.

Es perentorio revisar la actual legislación vigente que regula directa o indirectamente la atención de salud de este grupo poblacional, de manera de estimular el desarrollo de un marco regulatorio conceptual único del Estado de Chile que se oriente al desarrollo de todos y todas los ciudadanos de este país en igualdad de condiciones.

Releva la salud de los adolescentes y jóvenes implica además continuar estimulando el desarrollo de la investigación, difusión y formación de recursos humanos en los centros académicos universitarios, que contribuyan a promover el interés del conocimiento por este grupo.

Finalmente, debe contemplar la necesidad de promover una mayor preocupación desde otros sectores tanto de la sociedad civil como del Estado, propendiendo a un trabajo mancomunado hacia la gente joven y una mayor preocupación por las temáticas juveniles.

▪ Potenciar el Empoderamiento de Adolescentes y Jóvenes:

La participación juvenil significa generar las oportunidades de empoderamiento de los y las jóvenes en distintos ámbitos, especialmente los relacionados con la toma de decisiones que afectan su salud.

La participación creciente de adolescentes y jóvenes en el diagnóstico, priorización, diseño, ejecución y evaluación de las acciones de salud, asociadas a un mayor empoderamiento generacional en la sociedad, son elementos básicos que el sector debe promover en la comunidad.

El aporte que los propios adolescentes y jóvenes pueden hacer en la realización de las actividades que se lleven a cabo, en virtud de concretar las tareas aquí enunciadas, es fundamental para su éxito. Asimismo, al generar oportunidades de participación, se promueve una actitud activa de responsabilidad hacia su propia salud y la de su entorno, familia y sociedad.

- **Promoción de Hábitos de Vida Saludables: Pesquisa de Factores de Riesgo y Estímulo de Factores de Protección y Prevención de Conductas de Riesgo:**

El accionar de los Servicios de Salud hacia la Gente Joven debe orientarse a promover el desarrollo de destrezas y habilidades para el cuidado propio y de los demás en salud. Es imprescindible asociar - a las prestaciones asistenciales de salud - acciones de Promoción y Prevención individuales y comunitarias: adquisición de hábitos de vida que protejan y mantengan saludables a las y los adolescentes y jóvenes.

- **Desarrollo de Servicios Dirigidos a la Gente Joven:**

Se debe potenciar el desarrollo de servicios dirigidos a adolescentes y jóvenes: se debe buscar la forma de implementar espacios diferenciados, accesibles y amigables para este grupo, donde se resguarde la privacidad, oportunidad, integralidad, calidad y la interdisciplinariedad de la atención. Se debe posibilitar la introducción de innovaciones organizacionales cuando sean necesarias para alcanzar dichas características.

- **Formar y Capacitar a los Equipos de Salud dirigidos a la Gente Joven:**

Con el objeto de dotar de herramientas a los equipos de salud de los diversos niveles de atención, se requiere la sensibilización y capacitación del mayor número posible de estos en los temas de adolescencia y juventud. El objetivo es entregar herramientas que les permitan desarrollar de mejor manera iniciativas en los diferentes niveles de gestión, tanto conceptuales como prácticas y que los doten de habilidades de manejo relacional con este grupo poblacional.

Necesitamos equipos competentes que entiendan la importancia de las intervenciones a desarrollar y sean capaces de acoger, escuchar, recoger, interpretar, atender y responder a las necesidades de la población joven.

Es necesario también estimular, en nuestro país, el desarrollo de especialistas en Salud de Adolescentes y Jóvenes, que lideren a los equipos y difundan los conocimientos sobre el tema.

▪ **Desarrollar una Red Asistencial que Satisfaga las Necesidades de Salud de Adolescentes y Jóvenes:**

Desarrollar una Red Asistencial que satisfaga las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes. Así como es importante el desarrollo de servicios orientados a la gente joven, es también necesario relevar estos servicios insertos en la red asistencial del sistema de salud público y privado.

A nivel de atención Primaria es necesaria la coordinación con los demás programas existentes y su inserción en el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario, con énfasis en promoción y prevención, trabajo intersectorial y comunitario, con las y los adolescentes y jóvenes.

A nivel de atención secundaria y terciaria se necesita la estructuración de servicios adecuados a este grupo poblacional, con enfoque biopsicosocial, multidisciplinario en interacción con el resto de los servicios clínicos. Se requiere constituir equipos de especialistas que trabajen con patologías crónicas, capacitados en el manejo de adolescentes y jóvenes, de manera de otorgarles una atención integral en cada prestación de servicios, que puedan acceder a los servicios en casos con otras necesidades de salud. Junto con lo anterior, desarrollar programas de trasposos de pacientes complejos desde la medicina del niño a la del adulto, idealmente llegando a desarrollar a largo plazo la medicina del adolescente en nuestros servicios de salud, donde se estimule, por ejemplo, la permanencia en el sistema escolar y se disminuyan los porcentajes de abandonos de tratamientos.

Se deberán constituir equipos que enfrenten las demandas de patologías emergentes propias de este grupo poblacional, de manera de dar respuesta a las necesidades específicas de salud de grupos de adolescentes. A modo de ejemplo: intentos suicidas o trastornos de conducta alimentaria.

- **Formulación de Normas de Atención de Adolescentes y Jóvenes:**

Para cumplir con el rol de garantizar la mejor calidad en las prestaciones de salud a la gente joven, es necesario formular una normativa que las guíe y regule. De este modo se podrán implementar servicios que satisfagan las necesidades de nuestra población de adolescentes y jóvenes, logrando un lenguaje y un modo de enfrentar la salud de este grupo poblacional en base a una forma consensuada, en beneficio del usuario, que permita evaluar el impacto de estas políticas. Esta normativa deberá enmarcarse en el contexto de las presentes definiciones de política pública, en concordancia con los principios antes expresados. De esto dependerá la posibilidad de garantizar la mejor atención de los adolescentes y jóvenes chilenos.

- **Garantizar el Acceso a la Atención para Todos los Adolescentes y Jóvenes en Chile:**

Existen barreras al acceso de adolescentes y jóvenes a las atenciones de salud, que no se presentan para otros segmentos de la población, que vulneran los principios de autonomía y confidencialidad necesarios para la atención del paciente: recursos económicos y/o uso de seguros de salud con autorización de los padres, entre otras.

Es absolutamente necesario analizar y buscar formas innovadoras para garantizar el acceso de salud para este grupo poblacional. Dichas acciones deberán enmarcarse en la promoción y prevención de conductas de riesgo, las que comprometen no sólo al joven sino también a quienes lo rodean, por lo que se puede avanzar en plantear que la atención de la gente joven cae en el ámbito de los Bienes Públicos.

- **Potenciar el Trabajo de Políticas Integradas con el Íntersector que Promuevan Desarrollo Humano y Equidad:**

Como se ha señalado el Desarrollo Humano no es un fin exclusivo del Sector Salud. Para que los adolescentes y jóvenes accedan a él es necesario trabajar integradamente con otros sectores, desde el Estado y la sociedad civil. Por esta razón, se debe poner énfasis en promover el fortalecimiento del trabajo intersectorial al mismo tiempo que se debe estimular desde el Estado la definición de una Política Pública en Adolescencia y Juventud que otorgue un marco conceptual común de desarrollo con mirada país del adolescente y joven que estimula Chile.

III. CONTEXTO TERRITORIAL: SECTOR MIRAFLORES ALTO.

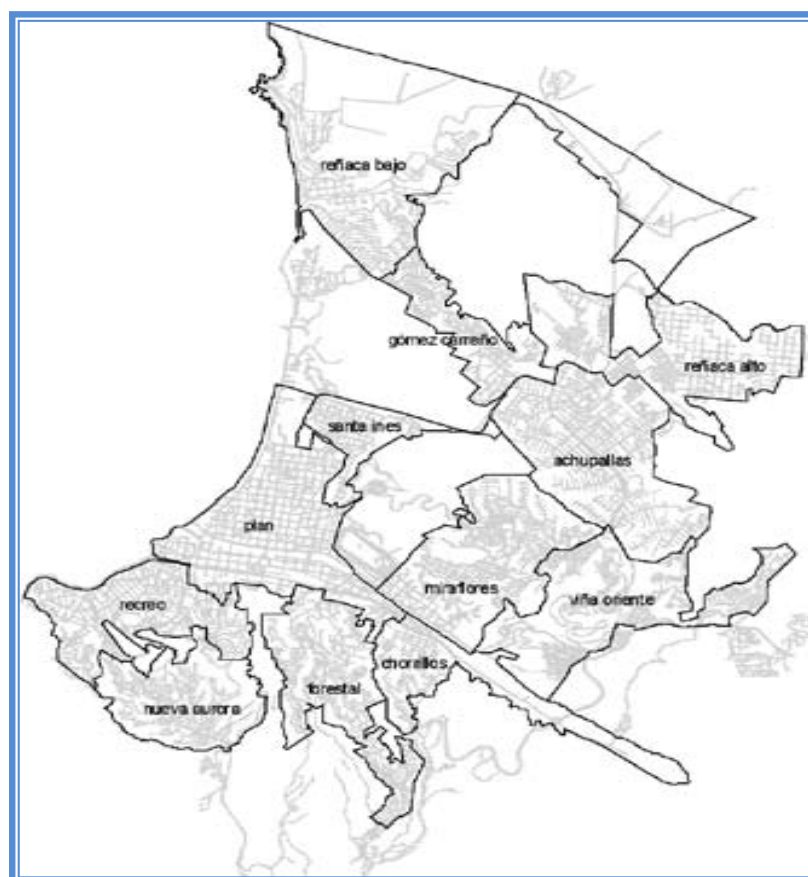
❖ ANTECEDENTES GENERALES:

El sector de Miraflores Alto se encuentra ubicado a 20 minutos del centro de la ciudad de Viña del Mar, correspondiendo a la parte alta de la ciudad. Es importante mencionar que es uno de los barrios más antiguos y poblados de la ciudad.

Limitándose al este de Viña del Mar, sobre una meseta frente al Estero Marga-Marga, entre Miraflores Bajo, Viña Oriente, Santa Inés y Achupallas.

Las características de este barrio, el cual se desarrolló en forma armónica con los elementos naturales, en reconocimiento de una topografía compleja, de laderas y quebradas por una parte y el sector plano por la otra, plantean una adecuada integración de estas tipologías, disponiendo de una estructura predial y una tipología de edificación en su mayoría autoconstruida, son la expresión de un barrio residencial bien configurado respecto al equilibrio de las dimensiones ambientales y sociales.

❖ PLANO GENERAL DEL SECTOR:



Fuente: Revista Geográfica de Valparaíso N° 40, 2007.

❖ **ANTECEDENTES HISTÓRICOS¹:**

El barrio de Miraflores, es el resultado de la gestión de un grupo de extranjeros reunidos en la denominada “Sociedad Duncan Fox y Compañía”. El ámbito de los negocios de la sociedad correspondía al de comercio, dedicados en general a la importación de mercadería y atención de naves mercantes. Dichos negocios deberían llevarse a cabo desde Liverpool, Inglaterra a Valparaíso, Concepción, Lima y cualquier otro lugar de la América del Sur.

La Sociedad de Duncan Fox, representada por Arthur Home Gold Finch como socio gestor, adquirió de la Población Vergara una hijuela de terreno que formaba parte en mayor extensión de la Hijuela Las Casas y compuesta de dos porciones: Parte Plana de 60 hectáreas y Parte de Cerro de 70 hectáreas, aproximadamente. Los deslindes adquiridos fueron los siguientes: “... al norte y al oriente con la Hacienda de Reñaca, propiedad de la Sociedad Balneario Montemar, al sur con el Estero de Viña del Mar, al poniente en la parte plana, con calle de 20.00 mts. que la separa del Valparaíso Sporting club y en la parte del cerro, con cerco alambrado que la limita con los cerros del Valparaíso Sporting club...”

El valor de la compraventa ascendió a la suma de \$1.300.000. En tanto que la propiedad se inscribió Fj. 502 vta. N° 2189 con fecha 11 de Septiembre del año 1912 en el Registro de Bienes Raíces de Valparaíso. Posteriormente se crea la “Sociedad Población Miraflores” abocada a la tarea de diseñar un barrio de características esencialmente residenciales, cuyas primeras viviendas que se localizan en este barrio, datan de los años 20 del siglo pasado.

❖ **VIALIDAD Y ACCESIBILIDAD:**

El sector de Miraflores Alto se encuentra inserto en la trama urbana de la ciudad, bien integrado desde las áreas del Plan y en su relación con las laderas de cerro hacia el lado Norte. La vía principal que alimenta al sector es la Avenida Eduardo Frei, la cual recorre toda la extensión del sector y le otorga conectividad hacia el plan de viña del mar.

La accesibilidad a dicho territorio es flexible, basada fundamentalmente en las vías existentes (Av. Eduardo Frei y Camino Padre Hurtado) y en el amplio transporte público con el que cuenta, por lo que se puede decir que el sector de laderas posee comunicación vial con el resto de la ciudad.

¹ Revista del Archivo Histórico Patrimonial de Viña del Mar, Año VII N°7, 2006.

❖ CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS DEL SECTOR:

La población de Miraflores Alto, se puede considerar estable, registrando pocos cambios, tanto en los índices migratorios como en las características cualitativas, tales como los niveles de educación, estratificación socio económica (del tipo media y media baja) y composición de la fuerza de trabajo.

No obstante el área poblacional de Miraflores alto se trata de un barrio de tipo mixto, con diversos tipos de equipamiento. Respecto a la estabilidad, se reconoce la continuidad de las tipologías de edificación existentes, exceptuándose de lo anterior la incorporación del condominio Mallen.

❖ EQUIPAMIENTO:

En general, el equipamiento social del sector de Miraflores Alto cuenta con los elementos necesarios para aportar a sus residentes un nivel de vida que les garantiza la existencia de una estructura social diversa.

El equipamiento social, proporciona variados servicios a la comunidad, ya sean de carácter educativo, deportivo, social, entre otros.

- **Establecimientos Educativos:** Jardines Infantiles, Escuelas Básicas, Colegios y Liceos; públicos y particular subvencionados. Además, de una Escuela Básica para niños con discapacidad mental.
- **Recintos Deportivos:** Estadio Municipal Miraflores, Gimnasio Municipal Miraflores, Complejo Deportivo Municipal El Maitén.
- **Centros Comerciales:** Los principales focos de actividad comercial, se encuentran en El Raulí, en La Copa, y en El Manzano.
- **Organizaciones Territoriales:** Juntas de Vecinos.
- **Organizaciones Funcionales:** Centros de Madres, Clubes de Adulto Mayor, Grupos de Autoayuda.
- **Iglesias:** De diferentes credos religiosos.
- **Comisaría de Carabineros:** 5ta Comisaria de Carabineros, ubicada en General Vidal 250.
- **Centros de Salud:** Centro de Salud Familiar Miraflores, Centro de Salud Lusitania.

❖ **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:****Tabla 1.1:** Distribución de la Población por Grupos de Edad y Sexo.

Sector	Miraflores
Edades Quinquenales según Sexo	
Total Hombres	12.713
Hombres de 0 a 4 años	937
Hombres de 5 a 9 años	985
Hombres de 10 a 14 años	1.089
Hombres de 15 a 19 años	1.158
Hombres de 20 a 24 años	1.164
Hombres de 25 a 29 años	1.056
Hombres de 30 a 34 años	946
Hombres de 35 a 39 años	933
Hombres de 40 a 44 años	885
Hombres de 45 a 49 años	710
Hombres de 50 a 54 años	698
Hombres de 55 a 59 años	598
Hombres de 60 a 64 años	533
Hombres de 65 a 69 años	376
Hombres de 70 a 74 años	321
Hombres de 75 a 79 años	165
Hombres de 80 años y más	159
Total Mujeres	14.379
Mujeres de 0 a 4 años	862
Mujeres de 5 a 9 años	957
Mujeres de 10 a 14 años	1.122
Mujeres de 15 a 19 años	1.238
Mujeres de 20 a 24 años	1.254
Mujeres de 25 a 29 años	1.054
Mujeres de 30 a 34 años	978
Mujeres de 35 a 39 años	1.011
Mujeres de 40 a 44 años	1.088
Mujeres de 45 a 49 años	927
Mujeres de 50 a 54 años	861
Mujeres de 55 a 59 años	772
Mujeres de 60 a 64 años	649
Mujeres de 65 a 69 años	527
Mujeres de 70 a 74 años	480
Mujeres de 75 a 79 años	292
Mujeres de 80 años y más	307

Fuente: INE, Censo de Población y Vivienda Año 2002 / SECPLA, I. Municipalidad de Viña del Mar.

Tabla 1.2: Distribución de la Población de 15 años y más por Estado Civil.

Sector	Población de 15 años y más					
	Casado/a	Conviviente /pareja	Soltero/a	Anulado/a	Separado/a	Viudo/a
Miraflores						
Hombres	4.714	708	3.580	52	451	197
Mujeres	4.881	762	3.886	115	792	1.002
Total	9.595	1.470	7.466	167	1.243	1.199

Fuente: INE, Censo de Población y Vivienda Año 2002 / SECPLA, I. Municipalidad de Viña del Mar.

Tabla 1.3: Distribución de la Población de 15 años y más Alfabeta.

Sector	Población de 15 años y más		
	Población	Alfabetos	Tasa de Alfabetismo
Miraflores	21.140	20.784	98,3

Fuente: INE, Censo de Población y Vivienda Año 2002 / SECPLA, I. Municipalidad de Viña del Mar.

Tabla 1.4: Distribución de la Población según Nivel de Instrucción.

Sector	Nivel de Instrucción	Total
Miraflores	Nunca Asistió	265
	Pre-Básica	813
	Básica	8.269
	Media	10.348
	Superior	5.598

Fuente: INE, Censo de Población y Vivienda Año 2002 / SECPLA, I. Municipalidad de Viña del Mar.

Tabla 1.5: Distribución de la Población Económicamente Activa (PEA) por Tipo de Ocupación.

Sector	Tipo de Ocupación	Población Económicamente Activa
Miraflores	Ignorados	954
	Fuerzas Armadas y Carabineros	174
	Personal Directivo y Miembros de los Poderes Ejecutivo y legislativo	569
	Profesionales	1.145
	Técnicos y Profesionales de Nivel Medio	1.461
	Empleados de Oficina	1.008
	Trabajadores de los Servicios y Vendedores de Comercio y Mercados	1.609
	Agricultores y Trabajadores calificados Agropecuarios y Pesqueros con destino al Mercado	118
	Oficiales, Operarios y Artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	1.150
	Operadores de Instalaciones y Máquinas y Montadores	724
	Trabajadores No Calificados	1.958
	Total	10.870

Fuente: INE, Censo de Población y Vivienda Año 2002 / SECPLA, I. Municipalidad de Viña del Mar.

Tabla 1.6: Distribución de la Población de 15 años y más, según Situación Laboral.

Sector	Miraflores
Población de 15 años y más	21.140
Población Ocupada	9.404
Población Desocupada	1.730
Población Económicamente Activa	11.134
Población Fuera de la Fuerza de Trabajo	10.006
Tasa de Participación Fuerza de Trabajo	52,7
Tasa de Desocupación	15,5

Fuente: INE, Censo de Población y Vivienda Año 2002 / SECPLA, I. Municipalidad de Viña del Mar.

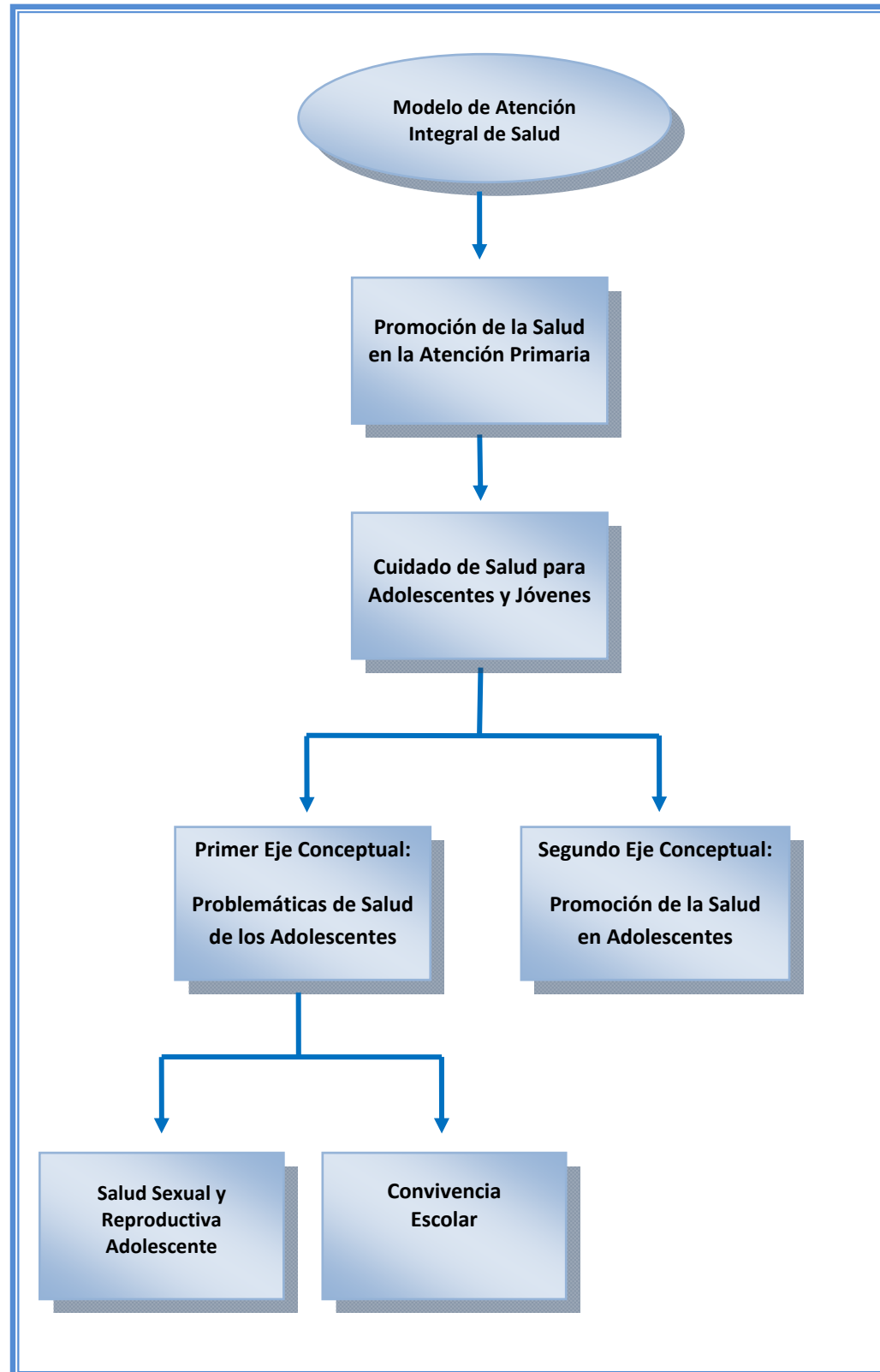
CAPITULO I I



MARCO DE
REFERENCIA

CAPÍTULO II
MARCO DE REFERENCIA

Esquema 2.1: Secuencia del Marco de Referencia.



Fuente: Elaboración Propia, 2009.

2.1 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD¹.

El desarrollo de un modelo de atención integral, se realiza sobre la base de un modelo implícito, que está arraigado en los equipos de salud y que en el contexto del proceso de Reforma del sector requiere de un cambio de paradigma que ofrezca una perspectiva más amplia y apropiada, para enfrentar los nuevos desafíos en salud. El paradigma biopsicosocial de la salud sobre el que se basa éste modelo, ofrece una visión integral del proceso salud-enfermedad que, sin desconocer sus aspectos biomédicos, incorpora otras dimensiones, imprescindibles para el estudio y abordaje del complejo panorama epidemiológico, del avance tecnológico y del cambio hacia un usuario más proactivo, responsable de su propia salud y de la salud de la sociedad.

El Modelo Integral de Salud en el contexto de la Reforma se define como: El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

El modelo de atención se dirige al logro de una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las comunidades, con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es decir, es anticipatorio al daño. Los aspectos de promoción de la salud y educación para lograr estilos de vida más saludables son tareas definidas para el equipo de salud en forma transversal (en todos los establecimientos y en toda actividad), también deben ser tratados y desarrollados en forma intersectorial.

El quehacer sanitario definido en el modelo, en el ámbito de la atención primaria, se basa en un equipo de salud multidisciplinario y de liderazgo horizontal, que se hace cargo de la población de un territorio acotado, aplicando el enfoque familiar, es decir, acompaña a los integrantes de la familia durante todo el ciclo vital, apoyando los momentos críticos con consejería, educación y promoción de salud, controlando los procesos para detectar oportunamente el daño y proporcionando asistencia clínica y rehabilitación oportunas en caso de patología aguda o crónica.

¹ Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2010.

❖ ELEMENTOS CENTRALES DEL MODELO INTEGRAL DE SALUD:**I. Enfoque Familiar y Comunitario:**

Entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad y entregándoles herramientas para el autocuidado. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludable, en fomentar la acción multisectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud.

Está orientado a proporcionar a los individuos, familia y comunidad, condiciones para el mantenimiento y el cuidado de la salud, dar respuesta a sus necesidades de manera integral e integrada, continua, oportuna y eficaz, accesible y de calidad. Para ello, los Centros de Salud, deben contar con equipos, que hayan desarrollado habilidades y destrezas adecuadas para tener una mirada amplia en la atención de salud de las personas y por ende abordar además el trabajo con familias y comunidades para su acompañamiento a lo largo de su ciclo vital.

Supone incluir la diversidad de formas de familia y las relaciones al interior de las mismas. El mayor desafío se encuentra en el desarrollo de habilidades y destrezas que permitan a los equipos de salud analizar el proceso salud enfermedad, mirándolo desde una perspectiva sistémica. En este enfoque se entiende a la familia como una “unidad básica de parentesco que incluye a todos aquellos que viven juntos o se reconocen como entidades emocionales, relacionales y sociales significativas en la cual los roles y normas se centran sobre la protección recíproca de sus miembros, la regulación de las relaciones sexuales, la crianza de los niños y la definición de relaciones de parentesco” (Fried, 2000).

II. Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia por la salud de cada uno de sus integrantes:

Se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionales como en las recuperativas. Especialmente se favorece la participación de la pareja o persona significativa para la madre en el proceso reproductivo; del padre y la madre u otra figura responsable en el cuidado de los hijos; de algún integrante de la familia y comunidad en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, discapacitados, personas postradas o en fase terminal de alguna enfermedad.

III. Prestación de Servicios Integrados e Integrales:

A pesar de que tradicionalmente en la atención de salud se habla de consultas y controles, se espera que en cada contacto con individuos, familias y comunidades, se visualice la oportunidad para incorporar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, fomentando el autocuidado individual y familiar y la generación de espacios saludables. El equipo de salud debe ser capaz de actuar con Servicios Integrados y acordes a las particularidades socioculturales de la población usuaria, especialmente en los problemas psicosociales prevalentes y emergentes en la población, la que cada vez más instruida e informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a los Servicios de Salud. Las personas exigen y deben ser tratadas con dignidad, que se les informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se les otorgue la oportunidad de decidir respecto a su salud. La preocupación por lo que espera cada persona que se acerca en busca de atención de salud y el buen trato, son parte de la calidad y del abordaje integral.

IV. Determinantes Sociales de la Salud:

A partir de los determinantes sociales -previamente definidos-, los equipos de salud debieran reconocerlos y al trabajar los diagnósticos participativos de las comunidades de cada establecimiento de Atención Primaria establecer las estrategias de abordaje que permitan actuar sobre ellos de modo de revertirlos. Para lograr esto es indispensable realizar un trabajo participativo, donde lo más efectivo serán las acciones intersectoriales propias del Nivel Primario de Atención.

V. Interculturalidad:

Al momento de relacionarse con personas pertenecientes a los pueblos indígenas es importante que los profesionales de la salud establezcan un trato directo, simétrico, de igual a igual, pensando que la persona que se tiene al frente posee también un conjunto de conocimientos sobre su salud y explicaciones respecto de estados de enfermedad en los que es importante reparar. Al mismo tiempo, no se debe olvidar que el espacio primario en el cual las personas indígenas buscan la solución a sus problemas de salud es la familia y la comunidad. En este sentido será muy frecuente encontrar casos en que las personas han accedido a cuidados paralelos, vale decir, donde han complementado los tratamientos respecto de una determinada dolencia. Esto significa que el modelo biomédico no es el único al cual las personas acuden cuando presentan ciertas dolencias.

2.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA².

El modelo de atención de salud basado en un enfoque preventivo y curativo, ha debido girar hacia un modelo que incorpora elementos estratégicos propios de la promoción y mensajes asociados a estilos de vida saludables.

La promoción de salud desde sus inicios estuvo vinculada a los Centros de Atención Primaria como lugares privilegiados desde los cuales llevarla a la acción, a través del incremento de la capacidad de las comunidades para transformar los factores sociales, económicos y políticos que influyen en la salud. Esta perspectiva requería un cambio de los sistemas gubernamentales que favoreciera la participación de la comunidad en la toma de decisiones.

La declaración de Alma Ata adhirió a la meta de la OMS de: "Salud para todos en el año 2000", llamando la atención respecto a la falta de equidad en la salud de la población, entre grupos con mayor o menor desarrollo socioeconómico. Sin embargo, a lo largo de las dos últimas décadas se ha observado que los diversos factores de orden social, económico y político han complejizado su puesta en práctica.

En 1986, ocho años después de Alma Ata, la OMS organizó la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud, cuyo producto fue la Carta de Ottawa; se continuó comprendiendo la salud como dependiente de múltiples factores (sociales, económicos, políticos), además de los biológicos, por lo que la promoción de la salud se definió como *"el proceso mediante el cual proporcionar a los pueblos los medios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre sus condicionantes"*, implicando no solamente lograr la ausencia de enfermedad, sino fomentar la capacidad de todas las personas, estén sanas, enfermas o con alguna discapacidad, para influir sobre los factores que determinan su salud.

La Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, realizada en México el año 2000, retomó los cambios propuestos en la Carta de Ottawa en cuanto a la reorientación de los servicios de salud, refiriéndose a la necesidad de orientar al sector sanitario la promoción de la salud, más allá de los servicios clínicos y curativos, fomentando la colaboración entre la comunidad, las instituciones de salud y los gobiernos, para crear un sistema asistencial que contribuyera a promover la salud.

² SANCHEZ, Hugo, MORENO, Ximena, BUSTOS, Nelly. Promoción de estilos de vida saludables en centros de atención primaria. En: Bases, prioridades y desafíos de la promoción de la salud. Santiago: Universidad de Chile, 2004.

Los objetivos propuestos en este ámbito son:

- Incorporar la promoción y prevención al modelo de prestación de servicios de salud.
- Fomentar los principios de promoción de salud en los modelos de gestión de los servicios de salud.
- Atender las necesidades y expectativas de subgrupos diversos (de edad, religiosos, culturales, etc.) de la sociedad.
- Fomentar la toma de decisiones informada sobre la propia salud y la de los integrantes de la familia.

I. El Nuevo Desafío de los Centros de Salud³.

Para responder a las condiciones epidemiológicas y demográficas actuales, la Reforma a la Salud propone un nuevo modelo en el cual los consultorios son establecimientos responsables de otorgar respuestas efectivas, oportunas y eficientes a las necesidades de salud de las personas y familias, además de contribuir a mejorar el ambiente donde trabaja, vive y se desarrolla la población.

Lo cierto, es que, esta nueva propuesta responde a la actual situación de la población que requiere un modelo de atención integral de salud con fuerte énfasis preventivo y promocional, e incorporando un enfoque de salud familiar. La prioridad otorgada a problemas de salud mental, cardiovasculares, entre otros, abre una oportunidad para incorporar cada vez más, acciones de promoción en los establecimientos de salud especialmente del nivel primario de atención.

El ser sano, va más allá de factores exclusivamente genético-biológicos, por lo tanto no abordables solamente desde la perspectiva sanitaria, sino que, reconoce la importancia de un ambiente físico y sociocultural en el cual se desarrolla la vida de las personas, y que contribuye a determinar esta condición. De ahí que se requiera trabajar desde una perspectiva de políticas públicas saludables.

La finalidad principal de una política pública saludable consiste precisamente, en crear un entorno de apoyo que permita a las personas tener una mejor calidad de vida. Dicha política posibilita o facilita a los ciudadanos hacer elecciones saludables y convierte los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud.

³ Ministerio de Salud, Consejo Nacional para la Promoción de la Salud. Cuenta 2003: Vida Chile construyendo un país más saludable. Santiago de Chile: El Consejo, 2003.

II. El Centro de Salud y la Red Comunitaria⁴.

Se espera que los Centros de Salud ofrezcan una atención continua a través de un equipo de salud de cabecera que realiza acciones de morbilidad, incorporando contenidos de prevención y promoción a través de todo el ciclo vital familiar y del ciclo vital de cada uno de sus miembros desarrollando en ellos habilidades para que, como individuos y como familia, sean capaces de adoptar sus propias decisiones en salud de manera oportuna y criteriosa.

Uno de sus grandes desafíos es fortalecer las acciones promocionales y preventivas para lograr comunidades y familias saludables, constituyéndose en el primer nivel del sistema, y traduciéndose en redes de apoyo capaces de contener diversos problemas comunitarios.

En su componente sectorial, el Ministerio de Salud, se ha propuesto como meta al 2010 incorporar en todos los Centros de Salud, intervenciones de promoción en alimentación, actividad física, tabaco y otros factores protectores de la salud⁵.

Tabla 2.1: Prioridades y Estrategias Nacionales para la Promoción de la Salud 2000–2010.

Prioridades Sanitarias	Condicionantes de la Salud	Estrategias
Enfermedades Cardiovasculares	Alimentación	<p>Nacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación • Educación y desarrollo de recursos humanos • Participación y asociación • Reorientación servicios de salud • Medidas reguladoras <p>Locales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espacios saludables • Establecimientos de educación • Centros de trabajo • Comunas y comunidades <p>Temáticas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo • Obesidad • Sedentarismo
Salud mental	Actividad Física	
Accidentes	Tabaquismo	
Cáncer	Factores Protectores Psicosociales	
	Factores Protectores del Ambiente	

Fuente: Ministerio de Salud. Plan Nacional de Promoción de la Salud.

⁴ Ibíd.3

⁵ Op.Cit. 2

2.3 CUIDADO DE SALUD PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES.

La salud de los adolescentes y jóvenes es un elemento clave para el progreso social, económico y político para todas las sociedades, pues el futuro de ellas depende, en gran medida, de la participación de una población saludable, educada y económicamente productiva.

Entre los especialistas no existe un acuerdo absoluto acerca de los límites de edad de la población adolescente, siendo ambiguas las fronteras internas de los tramos de la adolescencia y la juventud. Este no es un tema menor a la hora de identificar los principales problemas de los/las adolescentes y de diseñar estrategias programáticas.

La OMS-OPS, considera que la adolescencia comprende el período de la vida que se extiende entre los 10 y 19 años y la juventud desde los 15 hasta los 24 años⁶; de manera de facilitar su estudio epidemiológico y permitir su comparación con otros grupos, sin embargo una de las definiciones más conocidas y aceptadas también elaborada por la OMS define adolescencia como la etapa en que desde el punto de vista: **Biológico:** *“El individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual”*; **Psicológico:** *“Los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño a los de un adulto”*; **Social:** *“Se realiza la transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia”*. Así, siempre se debería considerar **integralmente** a la adolescencia, considerando las tres grandes vertientes del desarrollo: biológica, psicológica y social.

Sin embargo, con demasiada frecuencia, en las políticas públicas y la agenda del sector de la salud se hace caso omiso de las necesidades y los derechos de los adolescentes. Un factor que favorece esta realidad es que los adolescentes sufren pocas enfermedades potencialmente mortales, en comparación con los niños y los ancianos, además, en la mayoría de los casos, los hábitos perjudiciales para la salud adquiridos durante la adolescencia no producen morbilidad ni mortalidad durante el periodo de la adolescencia propiamente dicho. Por lo tanto, un enfoque centrado en promover la salud y la prevención es crucial para una adolescencia y vida adulta sanas.

⁶ OPS y OMS definen la adolescencia como el período entre los 10 y 19 años de edad y la juventud como el período entre 15 y 24 años de edad; el término “personas jóvenes” se utiliza para incluir a ambos grupos. OMS. *A Picture of Health?* Ginebra.1995.

En efecto, la relativa postergación de adolescentes y jóvenes en los programas y servicios específicos se explica, en parte, por el enfoque biomédico que caracterizó a los programas de salud entre las décadas de los 50 y 90, centrados en la lucha contra la enfermedad y muerte, especialmente del menor de un año. En esos mismos años, la situación de salud básica del adolescente y joven que ya había sobrevivido a los altos riesgos de la niñez, mostraba baja susceptibilidad a las enfermedades y bajo riesgo de mortalidad. A pesar de lo anterior, adolescentes y jóvenes presentaban una gran cantidad de necesidades que, aunque algunas de ellas no amenazaban su vida inmediata, sí amenazaban su calidad de vida presente y futura cuando no eran satisfechas.

En dicha postergación, es probable que también haya influido la imagen que el mundo adulto ha tenido del adolescente y joven: energía, soberbia, autosuficiencia, conflicto (delincuencia, consumo de drogas, embarazos extemporáneos). Esta imagen ha dificultado la creación de un clima apropiado para promover e implementar políticas, legislaciones y acciones programáticas destinadas a satisfacer sus diversas necesidades.

Por otro lado, al adquirir relevancia el concepto de salud integral, que agrega la consideración de los componentes psicosociales, se hacen evidentes otras necesidades y exigencias, probablemente más críticas en este grupo etario, haciendo muy importante su cumplimiento para que adolescentes y jóvenes sean saludables y puedan ejercer su rol de contribución al desarrollo y al bienestar social.

Como ha sido expresado en un sinnúmero de documentos, el bienestar y calidad de vida no se logran si no existen niveles básicos en derechos humanos, como paz, educación, vivienda, nutrición y buena salud física y mental, así como derecho al trabajo, recreación, oportunidades para uso del tiempo personal, derecho a la participación, etc. Del mismo modo el bienestar social no se logra si no se reducen las desigualdades en el acceso a las oportunidades de desarrollo integral, en un marco de solidaridad, justicia y equidad.

Como en toda etapa del ciclo vital, los programas y servicios de salud para adolescentes y jóvenes, deben asegurar la respuesta a las necesidades básicas en la enfermedad de predominio biológico, así como a las necesidades en el ámbito psicosocial, con enfoques promocionales, preventivos, de recuperación y de rehabilitación, incorporando al adolescente y joven como actor protagónico de los planes, programas, políticas y servicios que fomenten su desarrollo y bienestar.

2.4 PRIMER EJE CONCEPTUAL: PROBLEMÁTICAS DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES.

El primer paradigma de atención de este grupo poblacional en Chile desde la estructura sanitaria fue durante muchos años considerarlos como la etapa del ciclo vital con los indicadores de morbimortalidad más bajos⁷, de allí que no constituyeran tema de preocupación. No se percibía la necesidad de invertir en salud de adolescentes y jóvenes desde la promoción y prevención, menos intencionando las oportunidades de crecimiento y desarrollo que les permitieran adquirir las competencias y capacidades tanto físicas, psíquicas como sociales que les garanticen construirse en forma positiva.

Pasaron décadas para entender que los y las adolescentes presentan un patrón de mortalidad y morbilidad asociadas a factores y conductas de riesgo que permiten intervenir con un enfoque anticipatorio de manera de promover su adecuado desarrollo.

Al respecto, los grandes problemas de salud que presentan los adolescentes se clasifican en cuatro ámbitos⁸:

- Salud Mental (Violencia que Afecta a Jóvenes, Tabaco, Alcohol, Consumo de Sustancias, Depresión, Ideación e Intentos suicidas).
- Salud Nutricional (Sobrepeso y Obesidad, Sedentarismo).
- Salud Sexual y Reproductiva (Conducta Sexual de Riesgo, Embarazo Adolescente No Planificado, ITS).
- Salud Integral (Muertes y Lesiones por Accidentes).

La edad promedio de inicio del consumo del tabaco se mantiene alrededor de los 13 años, en tanto la Encuesta Mundial de Tabaquismo en jóvenes muestra un inicio precoz del hábito tabáquico, a los 12 años promedio, por lo que una intervención en esta edad puede contribuir a la disminución del consumo en edades tempranas.

En relación a su situación de salud nutricional, la prevalencia de la obesidad en la niñez y adolescencia ha aumentado en Chile aproximadamente 1,5% cada año, actualmente, uno de cada cuatro niño/as o adolescentes es obeso(a) y uno de cada tres está en riesgo de serlo⁹.

⁷ CHILE. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes, 2008-2010.

⁸ CHILE. Ministerio de Salud. Estudio Epidemiológico de la Salud de Adolescentes y Jóvenes, 2007.

⁹ *Ibíd.* 8

Se observa una mayor importancia relativa de la maternidad en adolescentes, ya que la fecundidad en adolescentes no ha experimentado mayores variaciones, sí, adquiere un peso mayor cuando la fecundidad en general disminuye¹⁰. Al respecto, se detecta una insuficiencia en las redes de protección social de las adolescentes embarazadas y madres que se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica, factores que habitualmente confluyen.

Las situaciones de embarazo adolescente desprotegido impactan negativa, profunda y de manera bastante permanente en la calidad de vida de las futuras madres y suelen traducirse en menores oportunidades para sus hijos e hijas.

Sin embargo, entre los usuarios de los sistemas públicos de salud el grupo de adolescentes y jóvenes es el que mejor refleja las inequidades del sistema, destacando como el de menor expresión de demanda: Los porcentajes de beneficiarios difieren de la población general, ya que al ir dejando los estudios aumenta el grupo que pierde la cobertura previsual. Esta situación lleva a que muchos adolescentes y jóvenes se encuentren limitados en su acceso a la oferta pública existente, siendo la opción acudir al sector privado, al que la mayoría no puede acceder, a la vez se limitan las posibilidades de acercar hasta ellos programas de promoción y prevención.

Entre las razones de este comportamiento se destaca la inadecuación de la oferta de servicios a las necesidades y características propias de adolescentes y jóvenes, contribuyendo de esta manera a alejarlos y profundizando la inequidad. La definición de espacios y servicios amigables procura acercar los servicios, en horarios adecuados a sus posibilidades y con equipos especialmente dedicados, los que contarán con la calificación necesaria para desarrollar exitosamente la tarea.

Cabe especial mención el concepto de Espacios Amigables para adolescentes y jóvenes, que para el año 2009 inicia un plan progresivo de instalación de estos espacios, inicialmente en un Centro por Comuna hasta alcanzar la totalidad de los Centros de Salud urbanos y rurales.

¹⁰ *Ibíd.* 8

Tabla 2.2: Áreas Estratégicas para priorizar en la Salud Adolescente.

Área Estratégica	Objetivos Específicos
Salud Integral	Aumentar el Nº de adolescentes que ejercen su derecho al cuidado anticipatorio e integral de su salud, a través de un control de salud anual.
	Aumentar la adherencia y valoración de los centros de salud por adolescentes y jóvenes fortaleciendo el trabajo comunitario, territorial e intersectorial.
	Diseño participativo de un plan para la disminución, eliminación o control de las principales barreras de acceso identificadas en el diagnóstico regional año 2008, y local 2009, e inicio Plan acción.
Salud Sexual	Aumentar el número de adolescentes que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos, sin restricciones asociadas a edad, estado civil, sexo, u otras derivadas de razones culturales, sociales o religiosas.
	Disminuir la transmisión vertical de la sífilis y del VIH.
Salud Reproductiva	Aumentar el número de adolescentes gestantes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo biopsicosocial durante su gestación.
	Disminuir las adolescentes con malnutrición durante su gestación.
	Aumentar el Nº de adolescentes madres en control de fertilidad para prevenir 2do embarazo adolescente.
	Gestantes, madres y padres adolescentes con habilidades parentales y apoyo para la crianza.
Salud Mental	Mejorar la calidad de la atención Aumentando el uso las Orientaciones técnicas para la Atención Primaria de Salud en Salud Mental y Adolescencia: Prevención y Tratamiento por los equipos de atención primaria.
	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos de salud mental y sus familias.
Salud Nutricional	Detectar, diagnosticar y derivar a consulta nutricional a los y las adolescentes con Obesidad.

Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la Planificación y Programación en red año 2010.

2.5 PRIORIDAD TEMÁTICA: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

❖ SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA.

Si bien la sexualidad es una parte integral de la vida de los seres humanos que se inicia desde el nacimiento y continúa hasta la edad adulta y la vejez, es durante la adolescencia cuando la sexualidad emerge como parte del proceso natural de transformación en adulto.

En este período surgen sensaciones e impulsos de tipo sexual que se encuentran relacionados con los cambios biológicos que enfrentan todas y todos las adolescentes. Los cambios hormonales provocan que se tengan deseos y fantasías eróticas, que se quiera sentir placer físico a través del propio cuerpo y del cuerpo de otros, especialmente de quien se siente enamorado.

El adolescente, cuya vida se desenvuelve dentro de estos profundos cambios biopsicosociales, suele explorar y experimentar, y por lo tanto se ve envuelto en conductas de alto riesgo, cuyas consecuencias en muchos casos afectan su futuro de diversas maneras. Estas conductas de riesgo no se dan aisladas, por el contrario, se ha encontrado una fuerte correlación entre fumar, el consumo de alcohol y drogas y la iniciación precoz de las relaciones sexuales.

Dentro de los procesos de cambio que se experimentan en la adolescencia, posiblemente los de maduración sexual y reproductiva son los de mayor conflicto, dada la falta de información de los adolescentes, y sobre todo la falta de herramientas para poderla enfrentar.

Las primeras manifestaciones de la conducta sexual se dan en las edades tempranas, durante el inicio de la pubertad, en los primeros años de la adolescencia y con la aparición de los signos de maduración, de los primeros estímulos sexuales, el inicio de la eyaculación y de las sensaciones orgásmicas, manifestadas por erecciones en los varones y lubricación de los genitales externos en las mujeres.

Posteriormente, con la consolidación de los conocimientos y las inquietudes, los adolescentes entran en un período de autosuficiencia y egocentrismo, donde no siempre tienen control sobre sus impulsos sexuales, apareciendo las primeras experiencias como respuesta a las dudas e inquietudes propias de la edad, empezando a tener importancia los juegos amorosos y las relaciones sexuales prematrimoniales.

En la actualidad, se observa que los adolescentes tienen un comportamiento sexual y reproductivo diferente al de otras generaciones, que se traduce en un inicio más temprano de las relaciones sexuales, con mayor intercambio de parejas y una consiguiente actividad sexual de riesgo.

La conducta sexual precoz y desprotegida en adolescentes, tiene como principales consecuencias el embarazo no deseado y la adquisición de infecciones de transmisión sexual:

- **Embarazo No Deseado:**

Definido como aquel que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen¹¹.

El embarazo en adolescentes es la fase final de una larga cadena de eventos, que se inicia con la actividad sexual, habitualmente desprotegida y con gran desconocimiento o conocimiento erróneo de la anatomía y fisiología de la reproducción, esta actividad sexual que como consecuencia finaliza con un embarazo -que puede terminar siendo aceptado o no- es un fenómeno que involucra no sólo a la adolescente que será madre, sino que también al progenitor, a las familias de ambos y por último a la sociedad entera que muchas veces debe asumir el costo social, tanto de estos niños como de los padres que no alcanzan a capacitarse para tener una buena ocupación.

- **Infecciones de Transmisión Sexual¹²:**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), constituyen un grave problema de salud pública, más del 60% de las infecciones nuevas se producen en jóvenes menores de 24 años, y un tercio de éstas se desarrollan en adolescentes con vida sexual activa.

En los adolescentes con actividad sexual las ITS son tres veces más frecuentes que en la edad adulta. Para lograr el éxito en el descenso de éstas cifras, es necesario aplicar desde muy temprana edad medidas preventivas que incluyan programas de educación sexual y servicios de salud especializados en adolescencia, que favorezcan el diagnóstico precoz, el control y el tratamiento adecuado de las ITS.

¹¹ ULANOWICZ, et.al. Riesgos en el Embarazo Adolescente. Santiago de Chile: Universidad de Chile, 2006.

¹²MOLINA, Ramiro; SANDOVAL, Jorge, GONZÁLEZ, Electra. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2003.

❖ SALUD REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES.

La Organización mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como *“Una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida y no solamente en ausencia de enfermedad o trastornos de dicho proceso”*.

Esta definición implica que las personas tengan la capacidad de reproducirse, que puedan hacerlo con los mínimos riesgos, que se pueda regular la fertilidad de modo que las personas o las parejas puedan decidir libremente si tener hijos o no, cuántos y cuándo, y que puedan disfrutar de una sexualidad placentera y segura, sin riesgos para la salud.

En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura.

Para los adolescentes, la salud reproductiva es el estado dentro del cual pueden cumplir su sexualidad y sus funciones reproductivas libres de riesgo, escogiendo de manera libre, orientada y oportuna el inicio de sus relaciones sexuales, la forma de relacionamiento con la pareja, el número y espaciamiento de sus hijos.

La importancia de abordar los aspectos de salud sexual y reproductiva comprendida en la atención integral de los adolescentes se debe a una serie de factores que en los últimos años se presentan como elementos que llaman la atención por su gravedad y por su permanente efecto sobre la población de adolescentes. Entre los más importantes es posible señalar¹³:

- Aumento considerable de nacimientos en las poblaciones menores de 20 y de embarazos adolescentes menores de 20 años, con preocupante incidencia en la adolescencia temprana (entre 10 y 14 años).
- Bajos niveles de educación y poco conocimiento de los adolescentes en los aspectos relacionados con su sexualidad, la prevención de embarazos, abortos e ITS.

¹³TORO, Horacio. Temas de salud pública en el nuevo contexto de la salud reproductiva: Elementos para programas y servicios. Santiago de Chile: EAT: UNFPA: OMS: OPS, 1999.

- Debilidades en los programas de educación sexual en la educación formal, y ausencia de educación sexual en los jóvenes no escolarizados o de las áreas rurales.
- Preocupante aumento de las enfermedades de transmisión sexual en los jóvenes, especialmente de gonorrea en los varones y vulvovaginitis por hongos y bacterias en las mujeres.
- Insuficientes contenidos académicos de salud reproductiva en la formación de los recursos humanos que trabajan con adolescentes.
- Demanda de servicios cada vez mayores por parte de los adolescentes y poco desarrollo de estructuras para dar atención a ellos.
- La mayoría de las acciones que se ofrecen a los adolescentes están orientadas a dar atención a la morbilidad, no así a la prevención de enfermedades y conductas de riesgo y a la promoción de estilos de vida saludables.

❖ SALUD SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES.

Según la OMS, la Salud Sexual, es *“La experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso y personal, y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de difusión, enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y garanticen”*.

A partir de este concepto se hace énfasis en la consecución de bienestar sexual, en el necesario carácter libre y responsable de las expresiones sexuales, en el enriquecimiento no solo individual, sino social. Insiste en que no es solo mera ausencia de disfunción o enfermedad y sobre todo, proclama la necesidad de que los derechos sexuales estén en vigencia y garantizados en la sociedad, como marco ineludible para alcanzar esa salud sexual.

Así, los conceptos de salud sexual y de salud reproductiva trascienden el enfoque tradicional, centrado en la biología y la medicina, y cobran una dimensión mayor al abarcar un ámbito más amplio de las necesidades humanas e involucrar aspectos tales como libertad, desarrollo individual, género y calidad de vida. Y se relacionan con el concepto de derechos sexuales y reproductivos, en la medida en que el pleno bienestar en el plano sexual y reproductivo se obtiene cuando las personas ejercen y exigen sus derechos.

Uno de los aspectos más importantes del trabajo en salud reproductiva de los adolescentes es, sin duda alguna, aquel que se debe trabajar desde los servicios de salud, complementando los esfuerzos efectuados en la comunidad y las escuelas para fomentar una salud sexual sana. Ello solo se conseguirá si los equipos de salud encargados de la atención integral al adolescente consideran la salud sexual como el elemento de educación en servicio que permita la integración del adolescente en forma activa, y como la manera más efectiva de trabajar junto a ellos los aspectos de la sexualidad, la prevención de conductas de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables.

La educación sexual desde los servicios debe abordar los aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos y éticos de la sexualidad. La salud sexual es el componente de salud que se orienta al desarrollo de la vida y las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Trabajar con los aspectos de salud sexual desde los servicios de salud significa abrir a partir de ellos una oportunidad a los adolescentes para dar respuestas a las demandas de carácter biológico, psicológico, espiritual y sociocultural que no encuentran espacios de reflexión en las familias, en las escuelas y en otros espacios donde están inmersos los jóvenes.

Con estas acciones, trabajadas desde los programas de salud reproductiva, se desea que la sexualidad de los adolescentes sea una manera de comunicación e integración de los adolescentes con los servicios, y que encuentren en ellos la capacidad de respuesta adecuada a todas las inquietudes propias de la edad que merecen respuestas adecuadas.

Además de enfocar los aspectos del sexo y las funciones sexuales, es importante que los servicios de salud reproductiva enfoquen los aspectos relacionados con la feminidad y masculinidad, la autoimagen y la autoconciencia del desarrollo de los jóvenes, así como el desarrollo de sus proyectos de vida, todo esto dentro de un amplio ambiente donde el adolescente encuentre las orientaciones que le permitan el análisis y conclusiones para aplicarlas en su vida y en sus relaciones con los pares.

2.6 PRIORIDAD TEMÁTICA: CONVIVENCIA ESCOLAR.

❖ CONCEPTUALIZACIÓN DE CONVIVENCIA ESCOLAR.

De acuerdo a la definición del Ministerio de Educación, se entiende por convivencia escolar: *“El proceso cotidiano de interrelación que se genera entre los diferentes miembros de una comunidad escolar, con incidencia significativa en el desarrollo ético, socioafectivo e intelectual del alumnado¹⁴”*.

Esta concepción no se limita a la relación entre las personas, sino que incluye las formas de interacción de los diferentes estamentos que conforman una comunidad educativa, por lo que constituye una construcción colectiva permanente y es responsabilidad del conjunto de los actores de la comunidad educativa.

Así concebida, es posible identificar la convivencia escolar como una construcción colectiva y dinámica, ya que, es fruto de las interrelaciones de todos los miembros de la comunidad escolar y se modifica de acuerdo a los cambios que experimenten esas relaciones en el tiempo, lo que permite pensar en la convivencia como un recurso educativo sobre el cual es posible operar para producir aprendizajes.

❖ POLÍTICA DE CONVIVENCIA ESCOLAR Y CAMBIO DE EJE EN SU IMPLEMENTACIÓN¹⁵.

En 2001 se inició la elaboración de una primera versión de la Política de Convivencia Escolar, la que luego se publicó y difundió en todo el sistema escolar. Actualmente se encuentra en pleno proceso de actualización, a fin de dar respuesta a las nuevas demandas y requerimientos de la comunidad.

El cambio de eje propuesto en la actualización de la Política de Convivencia Escolar, transita de un énfasis puesto en la resolución de conflictos -por lo tanto, en un enfoque psicosocial- afirmado fuertemente en los aspectos normativos, lo que no significa eliminar estos últimos, sino cambiar su sentido: ponerlos al servicio de la formación de los y las estudiantes en tanto sujetos individuales y sociales. Igualmente, se mueve desde una mirada centrada en el comportamiento individual de los mismos/as -generalmente negativo- , a una forma de entender y explicar su comportamiento en un contexto más amplio -la familia,

¹⁴ CHILE. Ministerio de Educación. Política de Convivencia Escolar [en línea]. Santiago de Chile: Edwards, Luz María, 2002. [consulta: 9 octubre 2009]. Disponible en: <http://www.mineduc.cl/biblio/documento/Politica_Convivencia.pdf>.

¹⁵ YAÑEZ, Pamela y GALAZ, Jorge. Conviviendo mejor en la escuela y en el liceo: Manual sobre convivencia escolar dirigido a todas y todos los integrantes de la comunidad educativa. Santiago de Chile: Ministerio de Educación, 2009.

comunidad educativa, barrio, comuna- entendiendo que influyen múltiples factores. La Convivencia Escolar se constituye, entonces, en una responsabilidad compartida por toda la comunidad educativa, en beneficio de todos.

❖ CONVIVENCIA ESCOLAR Y MEJORAMIENTO DE LA COMUNICACIÓN.

Muchas veces se ha descrito el fenómeno de la comunicación como la acción en la cual existe un emisor, un mensaje y un receptor, y pareciera que con la presencia de estos elementos estuviera garantizada una comunicación efectiva. Sin embargo, para que la comunicación se desarrolle con eficacia, es indispensable tener en cuenta los distintos tipos de comunicación. Por un lado, está el canal verbal, el cual a pesar de ser el más utilizado, puede crear muchas confusiones y malos entendidos si el mensaje no se transmite adecuadamente y, por otra parte, están los canales no verbales, cuya importancia se halla en que la comunicación no sólo tiene un aspecto de información, sino también el aspecto relacional que hace que un mensaje se pueda interpretar de formas muy distintas.

Asimismo, trabajar los aspectos de la comunicación implica reconocer los distintos estilos de comunicación, los cuales se pueden agrupar básicamente en tres modelos: **Estilo Agresivo:** Expresión de pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera amenazante, sin respetar al otro; **Estilo Pasivo:** Dificultad para expresar abiertamente pensamientos, sentimientos y opiniones; **Estilo Asertivo:** Implica respeto hacia uno mismo, al expresar nuestras necesidades y defender nuestros derechos, así como respeto hacia los derechos y necesidades de los demás. El estilo comunicacional, puede ser decisivo para las situaciones conflictivas e igualmente poner en práctica habilidades comunicacionales, tales como una disposición consciente a **escuchar activamente**, es decir, estar alerta a todos los mensajes verbales y no verbales del interlocutor, desarrollar **asertividad**, que consiste en expresar sentimientos, opiniones, ideas, de manera afectiva y cómoda, y la habilidad de **confrontación** que se refiere a discutir abierta y directamente con otra persona de manera no violenta.

❖ CONFLICTO, AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA EN EL ÁMBITO ESCOLAR¹⁶.

Por lo general, los conflictos en el ámbito escolar se asocian con agresividad o violencia, sin embargo, existen diferencias entre estos tres conceptos, que se describen a continuación:

▪ **Conceptualización de Conflicto:**

El Conflicto se origina en situaciones que involucran a dos o más personas que entran en oposición o desacuerdo debido a intereses, verdadera o aparentemente incompatibles, donde las emociones y los sentimientos tienen especial preponderancia. Generalmente, el conflicto se tiende a connotar negativamente, sin embargo, la relación entre las partes puede terminar robustecida en la medida que se utilicen, oportunamente, procedimientos adecuados para abordarlo. En este sentido, conflicto no es sinónimo de violencia, pero un mal manejo de la situación puede generar una respuesta violenta.

▪ **Conceptualización de Agresividad:**

La agresividad corresponde a un comportamiento defensivo natural en los seres humanos como una forma de enfrentar situaciones de riesgo que se presentan en el entorno. Por lo tanto, el comportamiento agresivo es esperable en toda persona que se ve enfrentada a una amenaza que eventualmente podría afectar su integridad. Por eso, en beneficio de la convivencia, es indispensable aprender a canalizar la energía y a discernir adecuadamente los potenciales riesgos y amenazas. Una respuesta agresiva no es, necesariamente, violencia; sin embargo, si la respuesta es desproporcionada o mal encauzada se puede transformar en un acto violento; además conviene recordar que existe una relación importante y una notoria influencia del entorno en la extinción o en el refuerzo de conductas agresivas.

▪ **Conceptualización de Violencia:**

Existen diversas definiciones de violencia según la perspectiva que se adopte, pero todas tienen en común dos ideas básicas: *el uso ilegítimo del poder y la fuerza, sea física o psicológica; y, el daño al otro como una consecuencia*. La violencia no es un algo innato de los seres humanos, sino un hecho natural, por lo tanto aprendido, lo que permite que pueda ser desconstruido en favor de relaciones sociales pacíficas. Es un fenómeno relacional y multicausal, ya que se produce en el contexto de la interacción social y no es posible atribuir su origen a un solo factor.

¹⁶ *Ibíd.* 15

❖ RESOLUCIÓN PACÍFICA DE CONFLICTOS¹⁷.

Para llevar a cabo cualquier estrategia de resolución pacífica de un conflicto se requiere de la voluntad de ambas partes y de una condición básica de simetría, es decir, de igualdad de condiciones para garantizar que sean considerados los intereses y derechos de todos los involucrados, lo que implica:

- Hacerlos visibles en la interacción interpersonal y/o grupal.
- Considerar los intereses de las partes involucradas.
- Disposición a ceder para llegar a una salida que beneficie a los involucrados.

- **Estrategias de Resolución Pacífica de Conflictos:**

-Negociación: Se realiza entre las partes involucradas en un conflicto, sin intervención de terceros, para que los implicados entablen una comunicación en busca de una solución aceptable a sus diferencias; la solución se explica en un compromiso. Los involucrados se centran en el problema pensando en una solución conveniente para ambos y en la que las concesiones se encaminen a satisfacer los intereses comunes, esta estrategia puede ser aplicada, también, entre personas que se encuentran en asimetría jerárquica (un docente y un estudiante, por ejemplo), siempre y cuando no exista uso ilegítimo del poder por una de las partes.

-Arbitraje: Este procedimiento será guiado por un adulto que proporcione garantías de legitimidad ante la comunidad educativa, con atribuciones en la institución escolar, quien a través del diálogo, la escucha atenta y reflexiva de las posiciones e intereses de los involucrados, indaga sobre una solución justa y formativa para ambas partes. La función de esta persona adulta es buscar una solución formativa para todo los involucrados sobre la base del diálogo y de una reflexión crítica sobre la experiencia vivenciada en el conflicto.

-Mediación: Consiste en que una persona o grupo de personas, ajenas al conflicto, ayuda a los involucrados a llegar a un acuerdo y/o resolución del problema, sin establecer sanciones ni culpables. El sentido de la mediación es que todos los involucrados aprendan de la experiencia y se comprometan con su propio proceso formativo. Es importante tener presente que no es aplicable la mediación cuando ha existido un uso ilegítimo de la fuerza o el poder, porque esta estrategia no está orientada a sancionar conductas de abuso.

¹⁷ *Ibíd.* 15

2.7 SEGUNDO EJE CONCEPTUAL: PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ADOLESCENTES.

❖ DESARROLLO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD:

A partir de la convención de Alma Ata en 1976, que conceptualiza Salud en un plano más integral y sistémico, se reconoce más claramente la relación entre individuos enfermos y poblaciones enfermas, así como el reconocimiento de la importancia de los distintos sectores del desarrollo en salud y calidad de vida relevando la necesidad del trabajo multidisciplinario en salud e intersectorial, ya que el reconocimiento de la variedad y distintas dimensiones de los determinantes hace imposible a un solo sector asumir la responsabilidad técnica y político estratégica.

El concepto de Promoción acuñado por Ottawa (Carta de Ottawa, 1994), la define: *“Proceso que confiere a la población los medios de asegurar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla”*. Esta definición de la Carta de Ottawa, así como la definición adoptada posteriormente por la OPS (1992) implican cuatro grandes estrategias para elevar los niveles de salud de la población: la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de conductas saludables y la reorientación de los servicios de salud. Prácticamente, todas las estrategias requieren de la participación de personas informadas y dispuestas a actuar. Hoy se sabe, además, que para que los cambios de conducta se mantengan en el tiempo se requiere poner atención a tres etapas: primero, asegurar la toma de conciencia sobre el problema, segundo, el aprendizaje de habilidades concretas, tercero, el refuerzo ambiental.

OPS/OMS (1996) define Promoción de Salud como: *“Proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo mejorar su estado de salud”*. La promoción de la salud constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos y que con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social. La promoción de la salud como principio abarca a toda la población en el contexto de que exista una participación comunitaria efectiva en la definición de los problemas, en la toma de decisiones y en las medidas emprendidas para modificar y mejorar los factores determinantes de la salud.

El concepto de Prevención está contenido en la Promoción, y se entiende como todas aquellas estrategias dirigidas a grupos con factores de riesgo. En la población adolescente estos factores de riesgo tienen que ver con condiciones psicosociales, como por ejemplo: pobreza, falta de educación, familias disfuncionales, entre otras.

La adolescencia se consideraba como una etapa que por sí misma entrañaba graves conflictos y trastornos en la medida que el adolescente trataba de romper la dependencia de la niñez y luchaba por alcanzar una identidad adulta independiente (Freud, 1958). Los problemas del adolescente se veían como algo común, más que como signos de que algo andaba mal. Sin embargo, la corriente actual de pensamiento tiende a ver menos dificultades en el proceso y mucha más continuidad entre el niño de ayer, el adolescente de hoy y el adulto de mañana. Según la opinión de Offer (1981), el adolescente normal enfrenta ese período de transición con pocos trastornos graves o comportamientos de alto riesgo.

Desde la perspectiva de esa adolescencia “normal”, aquellos adolescentes que efectivamente experimentan mayores trastornos, y que reiteradamente se involucran en comportamientos problemáticos, tienen dificultades en el presente y muchas probabilidades de tener problemas más adelante en la vida. En consecuencia, las intervenciones eficaces dirigidas a esa población adolescente pueden lograr resultados beneficiosos en cuanto a prevenir futuros problemas de salud, y a promover una vida saludable y productiva.

❖ **PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ADOLESCENTES:**

Si tomamos como punto de partida que la promoción de la salud debe impactar en la reducción de la inequidad en salud, garantizar el respeto de los derechos humanos y elevar el capital social y humano, entonces las líneas de acción en la salud de los adolescentes están claras.

Los adolescentes y jóvenes, han sido por décadas uno de los sectores poblacionales más subatendidos del sector salud. La escasez de servicios que se correspondan con sus necesidades e intereses hace que la inequidad en la atención de su salud sea realmente alarmante.

Los adolescentes, a diferencia de los niños y los ancianos, sufren de pocos trastornos que amenacen su vida. Es la etapa de menor susceptibilidad a enfermedades cuyo mecanismo etiopatogénico es esencialmente biológico; sin embargo, es el período donde impactan fuertemente los determinantes psicosociales de la salud, generándose a partir de ellos elementos de protección y de riesgo que conllevan un correlato muy directo con los perfiles de daño físico, psíquico y social que caracterizan a los adolescentes.

La adopción de algunos hábitos que tienen consecuencias negativas para la salud a largo plazo, tales como el tabaquismo, el consumo de drogas adictivas, la actividad sexual sin

protección contra el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA, no causa, por lo general, morbilidad o mortalidad durante el periodo mismo de la adolescencia, sino que, sus efectos y costos se evidencian más adelante en la vida. Así, cuando las sociedades han de tomar decisiones sobre cómo invertir los recursos de salud, generalmente asignan escasa importancia a la población adolescente, a pesar de que, después de la infancia temprana, la adolescencia es la etapa más vulnerable hasta que se llega a la vejez.

Es por esta razón que las actividades con los adolescentes en el área de la salud deben enfocarse principalmente a partir de estrategias de promoción y prevención, con visión holística, capaz de trascender el enfoque de problemáticas por separado (por ejemplo programa de atención a la embarazada adolescente), con enfoque multidisciplinario e interdisciplinario aplicando los conocimientos de la psicología social, para la adquisición de modelos de cambios de conducta y estilos de vida saludables.

❖ ENFOQUES MÁS APROPIADOS PARA LA CONSIDERACIÓN DEL ADOLESCENTE:

Investigaciones científicas sostienen que los adolescentes ingresarán en la adultez exponiéndose a menos comportamientos de riesgo si se promueve en ellos un enfoque positivo que promueva los factores protectores y disminuya los factores de riesgo, y asimismo se refuerza su poder para la toma de decisiones en salud.

▪ Resiliencia, Factores Protectores y Enfoque de Habilidades para la Vida¹⁸:

Teniendo como base la premisa de resaltar los aspectos positivos más que los problemáticos, surgieron en los últimos quince años del siglo anterior los estudios sobre resiliencia, entendiendo por tal la increíble capacidad humana para enfrentar, superar, aprender, fortalecerse y transformarse a partir de (o a pesar de) las situaciones más adversas. El término fue utilizado en la psicología, tomando su acepción en inglés, como aquella capacidad de ciertos organismos o cuerpos para recuperarse, retroceder o reasumir su tamaño y forma original, después de haber sido comprimido, doblado o estirado; también significa la recuperación de un estado de cansancio o depresión.

Los investigadores identifican distintos factores protectores que favorecen o estimulan la resiliencia y los clasifican en tres categorías:

¹⁸ NIRENBERG, Olga. Participación de adolescentes en proyectos sociales: Aportes conceptuales y pautas para su evaluación. Buenos Aires: Paidós, 2006.

- Las fortalezas internas desarrolladas (relacionadas con el ser).
- El apoyo externo recibido (relacionadas con el tener).
- Las habilidades sociales y para resolver problemas adquiridas (relacionadas con el poder hacer).

Las versiones más actuales sobre la resiliencia la consideran como el resultado de un proceso o una dinámica mediante la cual los factores individuales y contextuales interactúan y posibilitan adaptaciones positivas, a pesar de o más allá de las circunstancias de extrema adversidad.

Asociado con el concepto de resiliencia, el enfoque de habilidades para la vida constituye una “mejor práctica” o una estrategia sinérgica para afrontar riesgos y adversidades y para contribuir al desarrollo saludable de adolescentes. Se parte de la premisa de que un aspecto clave para el desarrollo humano, tan importante para la supervivencia como el intelecto, es la adquisición de habilidades socio cognitivas y emocionales para enfrentar y superar problemas.

Este enfoque incluye una educación basada en la incorporación de habilidades en esas esferas, para fortalecer los factores protectores de los adolescentes, promover la competitividad necesaria para lograr una transición saludable hacia la madurez y promover la adopción de conductas positivas.

Los investigadores identifican tres categorías clave de habilidades para la vida:

- Habilidades sociales o interpersonales: incluye comunicación, negociación-rechazo, confianza, cooperación y empática.
- Habilidades cognitivas: incluye solución de problemas, toma de decisiones, comprensión de consecuencias, pensamiento crítico y autoevaluación.
- Habilidades para enfrentar emociones: control del estrés y de los sentimientos, capacidad para el auto-control.

El desarrollo de esas habilidades está estrechamente vinculado con una pedagogía de aprendizaje activo, que incluya dinámicas participativas, tales como la dramatización, el análisis de situaciones y la solución grupal e individual de problemas. Las intervenciones sociales que adoptan este enfoque comprometen en forma activa y protagónica a los jóvenes en su propio proceso de desarrollo.

❖ LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE PROMOCIÓN EN LA ADOLESCENCIA¹⁹:

- **Generación de Políticas Públicas que permitan crear las condiciones más adecuadas al desarrollo integral de las potencialidades de los jóvenes en los aspectos físicos, psíquicos y sociales:**

Esto requiere de un nivel de información y toma de conciencia de la sociedad en su conjunto de los determinantes de la salud y los compromisos que, en forma coordinada, los distintos sectores del desarrollo deben asumir.

- **Fortalecimiento de la Participación Social y Comunitaria:**

El ejercicio de la ciudadanía, el control social, la generación y fortalecimiento de las redes sociales y del tejido social son fundamentales para el desarrollo de condiciones que promuevan la salud de los individuos y comunidades. Las redes de apoyo se constituyen en un determinante positivo de salud y en los jóvenes es un factor protector por la potencialidad en generar aumento de autoestima, autoeficacia, sentido de sentirse útil y capacidad de liderazgo, entre otros elementos. Los hogares en donde se combina en equilibrio armónico la autoridad y la identificación de normas y límites claros con la posibilidad de comunicarse, expresar opiniones y capacidad de negociar con los adultos responsables constituyen elementos predictores en disminuir las conductas de riesgo. La pertinencia a grupos u organizaciones sociales con objetivos y metas constituye un nivel extra hogar de participación muy recomendado durante la adolescencia.

- **Desarrollo de Habilidades Personales:**

La información y la adquisición de habilidades y competencias sociales para el autocuidado y el uso adecuado de los recursos es un factor de gran potencia en la promoción de la salud.

¹⁹ ZUBAREW, Tamara; ROMERO, María Inés; POBLETE, Fernando. Adolescencia: Promoción, prevención y atención de salud. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 2003.

▪ Creación de Ambientes Saludables:

La salud es un producto social que se genera en los espacios de vida familiar, del trabajo, la escuela, el barrio, etc. No sólo es suficiente adquirir conocimientos y habilidades de salud y desarrollo personal, además, deben existir ambientes propicios para adoptar las conductas más adecuadas. Difícilmente los adolescentes podrán recrearse, hacer ejercicios o deportes para el uso positivo del tiempo libre si no hay áreas específicas destinadas y facilitadores ambientales que lo sustenten tales como: seguridad y protección, instrumentos y recursos básicos.

▪ Reorientación de los Servicios de Salud:

Los perfiles demográficos y epidemiológicos del siglo XX han generado un servicio de salud con un fuerte predominio de asistencia materna infantil, biomédico y curativo sin dejar de considerar los grandes avances en prevención específica. Los adolescentes, por lo tanto, al no demandar atención por problemas prevalentes infectocontagiosos quedaron marginados de los programas nacionales. Los problemas de salud y calidad de vida de los jóvenes requieren de adecuaciones específicas no sólo de infraestructura y orientación, sino de la adquisición de competencias específicas de los equipos de salud lo que incluye nuevos actores y disciplinas involucradas.

CAPITULO III



PLAN DE TRABAJO

CAPÍTULO III
PLAN DE TRABAJO

3.1 FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL REFLEXIVA EN TRABAJO SOCIAL¹.

La metodología utilizada para la elaboración del presente seminario de título, se fundamenta en los planteamientos estipulados por la intervención profesional reflexiva.

Para Zurita (en CINDA 2000:37-41), es a contar de la década de 1980 que comienza a desarrollarse una nueva forma de concebir el desarrollo profesional, a través de la valoración de la práctica como espacio de aprendizaje y reflexión en las cuales los colectivos profesionales están involucrados. La idea central es que las prácticas son concebidas como dominios relativamente cerrados, que proveen los significados con los cuales los individuos comprenden y otorgan legitimidad lo que hace en ellas, y por otro lado, comprenden y proyectan significados sobre lo que vienen de fuera de ellas (conocimiento experto, tecnología, entre otros). En esta perspectiva, las prácticas son entendidas como saberes activos que operan como interpretaciones y comprensiones a través de las cuales se constituyen nuevos aprendizajes que permiten replantear los desempeños e incorporar innovaciones al quehacer profesional.

Por su parte, Rojas (1999:80) reconoce la práctica como una entidad de saber, en donde la memorización de conocimientos, la amplificación del razonamiento y el aumento de la capacidad procedimental, son mediatizados por el desempeño permitiendo la explicitación de los métodos y lógicas subyacentes y haciendo posible, por tanto, la comprensión e intelección de los mismos. Se sitúa, entonces, a la práctica en el corazón de toda transformación que apunte a la producción de nuevas representaciones, de nuevas comprensiones que permitan reestructurar los modos de pensar y de actuar vigentes, a partir de la sistematización y reflexión de las experiencias reales. Aprender los aprendizajes y reflexiones generadas desde la práctica permite enriquecer las oportunidades de desarrollo disciplinario y de generación de conocimientos en los contextos de las profesiones.

Perrenoud (1994:25-31) plantea que la profesionalización está directamente relacionada con una práctica reflexiva que exige la capacidad de hacer evolucionar los actos profesionales y de completar el saber y el saber hacer en la medida de la experiencia y de los problemas que ella plantea. Un práctico reflexivo es alguien que no se contenta con lo aprendido en la

¹ CASTAÑEDA, Patricia. Hacia la configuración de una intervención profesional reflexiva para trabajo social. Documento de Trabajo, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso, 2007.

institución educativa ni en sus primeros años de práctica, sino que pone constantemente en relación su oficio con sus objetivos, sus pasos, sus evidencias y sus saberes. Entra en una curva sin fin de perfeccionamiento, porque teoriza su práctica, solo o de preferencia en el seno de un equipo, se hace preguntas, intenta comprender sus fracasos, se proyecta al futuro, prevé hacer las cosas de otro modo la próxima vez, se da objetivos más claros, explicita sus expectativas o sus pasos.

La práctica reflexiva es un trabajo que exige un método y demanda una formación. Deviene en una paradójica rutina del cambio.

Para Schön (1998:183) el conocimiento reflexivo generado desde la práctica permite modelar lo desconocido de acuerdo a lo conocido y reestructurar las preguntas, las acciones y las propuestas en torno a los cambios que resultan inesperados y que son también productos de la acción. En la verdadera reflexión desde la acción, el hacer y el pensar son complementarios. El hacer prolonga el pensamiento en los exámenes, los pasos y los sondeos de la acción experimental y la reflexión se nutre del hacer y los resultados. Cada uno alimenta al otro y cada uno fija los límites del otro. Es el resultado sorprendente en la acción, el que desencadena la reflexión, y es la producción de una acción satisfactoria lo que lleva la reflexión a una conclusión temporal (Schön, 1998:247).

Complementariamente, para Maturana (1994:215-218) un o una profesional es el resultado de una formación universitaria capaz de generar una práctica de continua ampliación de su capacidad en los dominios de acción y reflexión que potencia la apertura hacia una continua transformación de la acción mediante la reflexión. Motiva, entonces, una práctica profesional que resguarde en forma cotidiana la ocurrencia de espacios de acción y reflexión que permitan el permanente desarrollo disciplinario. Para el autor, la tarea universitaria corresponde entonces, a la formación de profesionales con dominio o señorío en la acción, en la reflexión y en la responsabilidad ética que adquieren en los distintos campos disciplinarios que desarrollan.

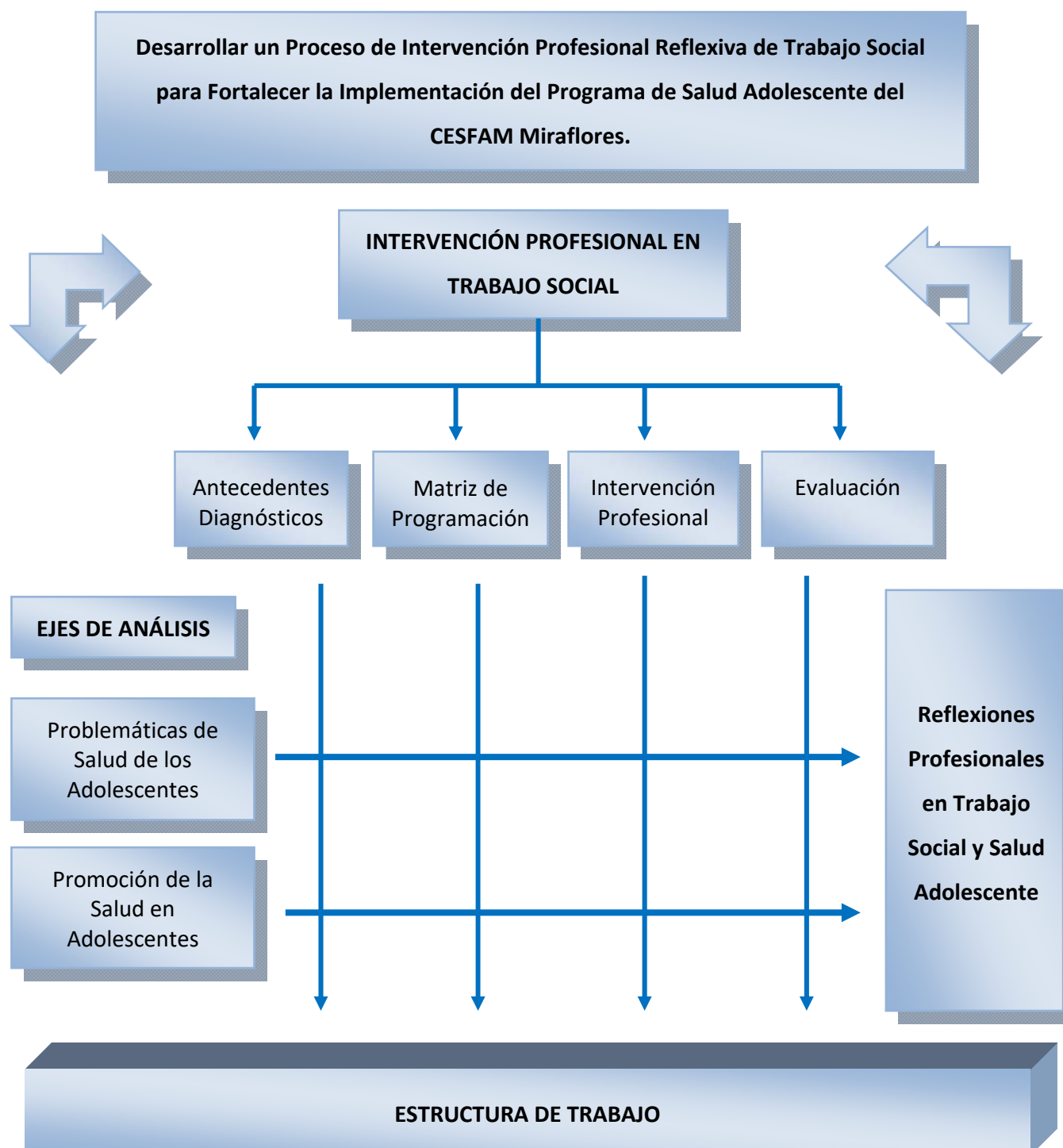
Revisar estos planteamientos desde el referente disciplinario, implica asumir una perspectiva renovada para la intervención profesional de Trabajo Social, resignificando sus alcances. Se espera, entonces, que la práctica trascienda su dimensión instrumental y avance hacia una dimensión comprensiva basada en la reflexión de su propia dinámica. Lo anterior, haría posible el desarrollo de procesos de interpretación y el análisis profesional que construyan, desde la especificidad de la experiencia, nuevos aprendizajes que enriquezcan el contexto disciplinario en que se inscriben.

A partir de los planteamientos presentados, se propone entonces la configuración de una Intervención Profesional Reflexiva para Trabajo Social, en donde los aprendizajes generados por el colectivo desde sus prácticas y ámbitos de desempeño reales, sostienen procesos reflexivos que contribuyen en forma significativa al desarrollo disciplinario desde su propia dinámica cotidiana.

Siendo éste el marco metodológico a partir del cual se desarrolla la presente experiencia de Seminario de Título, se expone a continuación, la Matriz de Estructura de Trabajo.

3.2 ESTRUCTURA DE TRABAJO.

Figura N° 2: Flujo Metodológico de la Intervención Profesional.



3.2 ANTECEDENTES DIAGNÓSTICOS.

A continuación se presenta información correspondiente a los ejes de análisis que enmarcan la experiencia en el espacio particular de las Escuelas Básicas Ministro Zenteno y La Parva, constituidos por las Problemáticas de Salud de los Adolescentes y por la Promoción de Salud en los Adolescentes. Lo cual permitirá vincular reflexivamente los diferentes discursos, datos y hechos, que nos hablan de los comportamientos relativos tanto a la salud sexual y reproductiva como a la ocurrencia de violencia en el ámbito escolar.

Cabe señalar que los antecedentes diagnósticos fueron obtenidos a partir de tres colectivos de investigación, conformados por:

- a) Docentes de las Escuelas Básicas Ministro Zenteno y La Parva.
- b) Apoderados/as de las Escuelas Básicas Ministro Zenteno y La Parva.
- c) Alumnos/as de 7° y 8° Básico de las Escuelas Básicas Ministro Zenteno y La Parva.

I. ANTECEDENTES DIAGNÓSTICOS DEL PRIMER EJE DE ANÁLISIS: PROBLEMÁTICAS DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES.

Desde el punto de vista sanitario, la adolescencia constituye el período de la vida en que, de acuerdo a los indicadores clásicos de salud y enfermedad, se es más saludable, ya que se presentan las tasas de morbimortalidad más bajas. Es por lo tanto, una etapa de la vida en que las demandas por servicios curativos son relativamente inferiores en otras, lo que representa un período con enormes oportunidades para la construcción y consolidación de formas de vida saludables, cuyo beneficio puede proyectarse a lo largo de la vida: los principales logros en el crecimiento y desarrollo han tenido lugar; se ha superado la vulnerabilidad de la infancia respecto a muchas enfermedades; la morbilidad es reducida y se dominan las claves sociales básicas. Además, existe energía disponible para nuevos aprendizajes, a lo que se suma el interés por la exploración de lo nuevo, lo que favorece el desarrollo de hábitos propios, distintos a los de la generación anterior.

Desde esta perspectiva, el Centro de Salud Familiar Miraflores se propone incorporar acciones de promoción para este segmento de la población que, a juicio de los profesionales, se encuentra desprovisto de atención dado que no cuenta con un programa específico para su atención, encontrándose entre pediatría y la adultez. Por consiguiente, la intervención profesional que desarrollará la alumna seminarista enfatizará sus acciones de promoción en la salud sexual y reproductiva y la convivencia escolar orientadas a prevenir las principales problemáticas de salud de los adolescentes que se vinculan con éstos ámbitos.

En relación con el campo de la salud sexual y reproductiva, muchos de los cambios que se producen en la adolescencia son de orden sexual, manifestándose en conductas, afectos y pensamientos como el aumento de la curiosidad por temas sexuales, del deseo sexual y de las sensaciones especiales que los acompañan; resultando un reto significativo integrar los cambios a su forma de vida manteniendo su estabilidad emocional².

Al mismo tiempo, los adolescentes típicamente están mal informados sobre cómo proteger su salud sexual y en consecuencia, son susceptibles a riesgos de salud asociados al embarazo no deseado, infecciones sexualmente transmitidas (ITS), incluyendo el VIH/SIDA y el aborto.

En nuestro país, la Quinta Encuesta Nacional de la Juventud del 2006 elaborada por el Instituto Nacional de la Juventud, muestra entre sus resultados que el 39.5% del total de jóvenes entre 15 y 19 años de edad han tenido relaciones sexuales penetrativas al menos una vez en su vida, así como un alto porcentaje de adolescentes inicia su vida sexual sin protección anticonceptiva³.

Por otra parte, las conductas sexuales de hombres y mujeres cada vez se parecen más, un ejemplo de esto es el hecho de que la distancia de edad para el inicio sexual entre hombres y mujeres es cada vez menor. La misma encuesta, indica que el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales penetrativas es de 17 años para ambos sexos, mientras que la edad modal en los varones es de 16 años y en las mujeres es de 18 años⁴.

Para los alumnos de 7° y 8° básico de las escuelas participantes del proceso, la sexualidad se vincula fundamentalmente a la expresión de emociones y sentimientos, están abiertos a hablar de sexualidad y también quieren vivenciar su sexualidad, que es para ellos y ellas como un escenario de búsqueda, de prueba, de descubrimiento. De hecho, muchos de ellos refieren que ya se sienten preparados para iniciarse sexualmente, sin embargo, resulta evidente su confusión e ignorancia sobre algunos temas.

En cuanto al fenómeno social de la violencia que afecta a los jóvenes, éste es mucho más amplio que el problema institucional de la violencia en el centro educativo; la violencia está en la calle, en la vida doméstica, en el ámbito económico, político y social en general. Lo que ocurre en los establecimientos escolares no es más que un reflejo de lo que ocurre en la vida pública y privada en todos sus aspectos.

² OPS & OMS (2001). Salud sexual y reproductiva. En: Comunicación para la Salud N° 8. Washington: OPS & OMS.

³ Instituto de la Juventud (INJUV). Quinta Encuesta Nacional de la Juventud 2006. Santiago, Chile.

⁴ Instituto de la Juventud (INJUV). Quinta Encuesta Nacional de la Juventud 2006. Santiago, Chile.

La violencia que se concreta en malas relaciones interpersonales, falta de respeto, agresividad injustificada, prepotencia, abuso y malos tratos de unos hacia otros, es, en sí misma, un fenómeno social y psicológico: social, porque surge y se desarrolla en un determinado clima de relaciones humanas, que lo potencia, lo permite o lo tolera; y psicológico, porque afecta personalmente a los individuos que se ven envueltos en este tipo de problemas.

Al respecto, se considera que están envueltos en estos problemas, y que en alguna medida son víctimas de ellos, tanto los alumnos que son cruel e injustificadamente agresivos con otros, como los que son víctimas directas de la crueldad y la violencia de los agresores/as. Así mismo, son víctimas del fenómeno de la violencia, los alumnos que, sin verse involucrados de forma directa, lo están de forma indirecta, porque son observadores y sujetos pasivos de la misma, al verse obligados a convivir en situaciones sociales donde esos problemas existen. Finalmente, el profesorado y todas las personas que forman parte de la comunidad educativa, ven alterada su función profesional y social cuando deben enfrentarse a situaciones que desbordan sus planes y deterioran las condiciones humanas en las que deben ejercer su actividad.

Según la 2ª Encuesta Nacional de Violencia en el Ámbito Escolar (2007), realizada por el Ministerio de Interior y el Ministerio de Educación, señala que a nivel nacional, el 26,3% de los estudiantes y el 14,9% de los docentes, fueron agredidos durante ese año.

La encuesta también revela que el mayor tipo de agresión de aquellos que reportan haber sido agredidos, tanto para docentes como para alumnos, es la psicológica (45% y 42,6% respectivamente). En el caso de los alumnos, le sigue la agresión física (29,7%) y en el caso de los docentes le sigue la discriminación (2,3%).

Tanto para los docentes como para los apoderados de las escuelas participantes del proceso, la violencia depende de diversos factores, entre los que se repiten: la permisividad de los padres ante la conducta agresiva del niño, por imitación del modelo violento vivido por el niño, o bien observado en la familia y la vivencia del niño que crece en un contexto familiar desestructurado, con acontecimientos traumáticos, enfermedades, adicción de los padres, abandono de la figura paterna o materna, separación de los padres, etc.

Mientras que para los alumnos, la violencia se explica fundamentalmente por factores individuales de los agresores, cuya característica es la falta de empatía y gusto por agredir a otros porque necesitan una víctima, alguien que parece más débil emocional o físicamente para sentirse más importantes, populares o a cargo del control.

II. ANTECEDENTES DIAGNÓSTICOS DEL SEGUNDO EJE DE ANÁLISIS: PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ADOLESCENTES.

Hasta no hace mucho tiempo, los adolescentes eran considerados, en comparación con otros grupos de edad, como un “grupo sano” debido a sus bajos índices de enfermedad y mortalidad, por lo cual no eran los principales destinatarios de las acciones de los centros de salud.

Por otro lado, los servicios de salud no siempre se adecuan a las necesidades y expectativas de los adolescentes, y menos aún toman en cuenta las diferencias existentes en el interior de ese grupo, diferencias no sólo de edad sino también sociales, culturales y de género.

En realidad, los servicios destinados a la atención y prevención de la salud de adolescentes resultan escasos y poco coordinados, lo que compromete la accesibilidad y la resolución de sus problemas. Ocasionando que la inequidad en la atención de su salud sea realmente alarmante.

Sobre el tipo de servicios que requiere esta población, los alumnos de las escuelas participantes del proceso coinciden en la demanda de servicios que les brinden información, orientación y atención básica, relacionada principalmente con la salud sexual y reproductiva (enamoramiento, toma de decisiones con respecto a la iniciación sexual, en opciones anticonceptivas, control de embarazo).

En tanto, los padres sostienen que deberían existir servicios que también los orientaran a ellos, ya que no se sienten totalmente preparados para aconsejar a sus hijos, temiendo que sus hijos escuchen más a otros que a ellos.

Es así que, recién en los últimos años se ha comenzado a prestar atención desde la salud pública, a sus problemas de salud más frecuentes. Asimismo, se promueve un enfoque integral para la atención de la salud de los y las adolescentes, reconociendo sus múltiples determinantes y condicionantes (biológicos, sociales, psicológicos, ambientales, etc.), y por ende la necesidad de dar respuestas desde diversas perspectivas disciplinarias y sectoriales.

Diversos autores coinciden en considerar que el cuidado de la salud de los adolescentes debe privilegiar las actividades de promoción y que la mayor parte de los problemas pueden prevenirse, como los accidentes, los embarazos no deseados, el aborto inducido, las enfermedades de transmisión sexual, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y drogas,

los trastornos nutricionales y de alimentación, los problemas emocionales, entre otros.

De esta forma, la promoción de salud emerge como una herramienta indispensable en el cambio social, necesario para lograr el desarrollo y la salud de los adolescentes. Entre tanto, el abordaje para evitar o disminuir estas problemáticas no requiere de sofisticados o costosos equipamientos, sino de “tecnologías sociales”, en especial aquellas que tienen que ver con la interdisciplinariedad, la intersectorialidad y las metodologías participativas.

Resultan indispensables también una adecuada capacitación y un eficaz desempeño del personal de salud, del personal de las escuelas y de otras instituciones, de las familias, de los propios adolescentes (para su autocuidado y el cuidado de sus pares), de las organizaciones de la comunidad, así como contar con algunos recursos de infraestructura física.

En efecto, la utilización coordinada de las múltiples organizaciones sectoriales y sociales es una de las estrategias más aconsejables para mejorar el acceso y extender las coberturas, ya que favorecen la aceptación y participación de los jóvenes por su proximidad a los lugares donde viven, estudian y se divierten.

Igualmente, es necesario tener claro, que promover la salud, sólo es posible a través de un aporte de conocimientos, tendentes a que estos se internalicen e impregnen al individuo como parte de un proceso educativo que se debe iniciar desde la pre adolescencia y continuarse en la adolescencia y posteriormente en la vida adulta.

Cuando se plantean las metas para la promoción de salud en adolescentes se consideran⁵:

- **Capacidad de Autocuidado:** La capacidad de autocuidado conlleva un equilibrio entre aquellas acciones de protección y fomento de conocimientos, actitudes y conductas saludables y las acciones tendientes a promover conductas no saludables.
- **Estilos de Vida Saludable:** La promoción de estilos de vida saludable tiende fundamentalmente a un cambio de hábitos o a la formación de hábitos que respondan a este principio.
- **Apoyo Mutuo:** El apoyo mutuo entre adolescentes, se refuerza la necesidad de reconocerse como parte de un grupo y sentirse apoyado por el entorno.

⁵ SERRANO, Carlos. La salud integral de los adolescentes y los jóvenes: su promoción y su cuidado. En: Organización Panamericana de la Salud. La Salud del Adolescente y del Joven. Ed. 1995

- **Protección del Ambiente:** La protección de ambientes referido en particular al ambiente personal del adolescente.
- **Participación:** Para que sean los mismos adolescentes los generadores de cambios de hábitos y de la adquisición de conductas saludables por parte de sus padres.

3.3 PROPÓSITO DE LA INTERVENCIÓN.

Objetivo General de la Intervención	Indicadores	Medios de Verificación
<p>Impulsar procesos de promoción de salud en adolescentes atendidos por el CESFAM Miraflores, con vistas al mejoramiento de sus problemáticas de salud, a través de la intervención directa y de la caracterización de experiencias de Programa de Salud Adolescente, llevadas a cabo en las comunas de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué, y que resulten transferibles a las prácticas del equipo de trabajo del CESFAM Miraflores.</p>	<p>-Al término del proceso, el 75% de la población beneficiaria demuestra comprensión en los contenidos asociados a Salud Sexual y Reproductiva y Convivencia Escolar.</p> <p>-Al término del proceso, se habrán caracterizado las prácticas del Programa de salud adolescente de los CES de las comunas de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué, ponderando su relevancia como experiencias a ser replicadas.</p>	<p>-Registros de Intervención. -Informes Técnicos. -Registros Fotográficos.</p>

3.4 MATRIZ DE PROGRAMACIÓN POR CICLOS.**A.- CICLO I:**

En el desarrollo de este ciclo se trabajará con los ejes conceptuales correspondientes a las Problemáticas de Salud de los Adolescentes y la Promoción de Salud en Adolescentes, desarrollados en el capítulo anterior. En primer lugar, se elaborará un diagnóstico participativo de necesidades en salud adolescente, con el objeto de conocer la situación de salud de los/as alumnos/as de 7° básico de las Escuelas Ministro Zenteno y La Parva, respecto a las problemáticas asociadas a la salud sexual y reproductiva, y a partir de sus resultados se llevará a cabo una intervención profesional para promover la salud de los y las adolescentes en este ámbito.

Cabe señalar que la intervención profesional que se llevará a cabo en ambas escuelas se realizará sólo con los alumnos y alumnas de 7° básico (56 alumnos/as en total), lo cual responde a una decisión tomada por los equipos directivos de las escuelas participantes del proceso, en razón del espacio físico disponible para realizar las actividades, de la disponibilidad horaria de los/as alumnos/as y del interés en continuar la experiencia con los mismos alumnos, quienes seguirán en las escuelas el próximo año escolar.

B.- CICLO II:

En el curso de este ciclo, la alumna seminarista realizará una Caracterización General de Experiencias de Programa de Salud Adolescente en Centros de Salud (CES) de las comunas de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué, dando a conocer las acciones que se llevan a cabo para la atención de salud de este segmento de la población.

C.- CICLO III:

A lo largo de este período, la alumna seminarista continuará con la intervención profesional efectuada durante el primer ciclo con los/las alumnos/as de 7° básico de las Escuelas Ministro Zenteno y La Parva, quienes habrán sido promovidos a 8° básico. Con el objeto de enfrentar la segunda problemática que afecta a los adolescentes asociada a la convivencia escolar, mediante la promoción de la convivencia pacífica.

❖ MATRIZ DE PROGRAMACIÓN CICLO I:

Fase	Objetivo Específico	Indicador	Medios de Verificación	Recursos
<p>Diagnóstico Participativo de Necesidades en Salud Adolescente</p>	<p>Identificar los problemas y percepciones asociadas a salud sexual y reproductiva y convivencia escolar en los establecimientos educacionales participantes del proceso, para llevar a cabo la promoción de salud adolescente.</p>	<p>Al término de esta fase:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se habrán detectado los principales problemas y percepciones en salud adolescente. -Se habrán reconocido los recursos y fortalezas con que cuentan cada una de las escuelas para abordar las problemáticas de salud adolescente. - Se habrán priorizado para la intervención, los tópicos en materia sexual y de convivencia escolar que constituyen problemáticas desde la perspectiva de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> -Registro de Intervención. -Registro Fotográfico. 	<p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alumna Seminarista. -Supervisor Institucional. <p>Recursos Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Material Fungible. -Tarjetas Didácticas. -Cámara Fotográfica. -Dependencias del Establecimiento Educacional.

<p align="center">Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva</p>	<p align="center">Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva.</p>	<p align="center">Al término de esta fase:</p> <p align="center">-El 75% de la población beneficiaria demuestra comprensión en los siguientes contenidos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li align="center">1. Desarrollo y Sexualidad de los Adolescentes. <li align="center">2. El Embarazo Adolescente. <li align="center">3. La Regulación de la Fecundidad: Los Principales Métodos Anticonceptivos. <li align="center">4. ITS: El Otro Lado del Sexo. 	<p align="center">-Registros de Intervención. -Registro Fotográfico. - Prueba de Medición de Contenidos Formativos.</p>	<p align="center">Recursos Humanos: -Alumna Seminarista.</p> <p align="center">Recursos Materiales: -Material Fungible. -Material Informativo. -Cámara Fotográfico. -Dependencias del Establecimiento Educativo.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

❖ TABLA GANTT CICLO I:

FASES	TIEMPO (SEMANAS)															
	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Diagnóstico Participativo de Necesidades en Salud Adolescente		♣	♣	♣	♣	♥	♥	♥								
Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva									♣	♣	♣	♣	♥	♥	♥	♥

NOMENCLATURA					
♣	Tiempo Programado	♥	Tiempo de Holgura	♦	Tiempo Real

❖ MATRIZ DE PROGRAMACIÓN CICLO II:

Fase	Objetivo Específico	Indicador	Medios de Verificación	Recursos
<p>Caracterización General de Experiencias de Programa de Salud Adolescente en CES de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué</p>	<p>Conocer en el terreno, las experiencias del Programa de Salud Adolescente en CES de las comunas de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué, con el fin de transmitir los procedimientos relacionados con ésta modalidad al CESFAM Miraflores.</p>	<p>Al término de esta fase: -Se habrán adquirido conocimientos que contribuyan a implementar el programa de salud adolescente del CESFAM Miraflores.</p>	<p>-Informes Técnicos. -Registro Fotográfico.</p>	<p>Recursos Humanos: -Alumna Seminarista. -Supervisor Institucional. -Profesionales de los CES de las Comunas de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué.</p> <p>Recursos Materiales: -Dependencias de los CES de las Comunas de Viña del Mar Valparaíso y Quilpué. -Cámara Fotográfica.</p>

❖ TABLA GANTT CICLO II:

FASE	TIEMPO (SEMANAS)							
	ENERO				FEBRERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Caracterización General de Experiencias de Programa de Salud Adolescente en CES de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué.	♣	♣	♣	♣	♣	♣	♣	♥

NOMENCLATURA					
♣	Tiempo Programado	♥	Tiempo de Holgura	♦	Tiempo Real

❖ MATRIZ DE PROGRAMACIÓN CICLO III:

Fase	Objetivos Específicos	Indicador	Medios de Verificación	Recursos
<p align="center">Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar</p>	<p align="center">Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover la convivencia pacífica en el ámbito escolar.</p>	<p align="center">Al término de esta fase:</p> <p align="center">-El 75% de la población beneficiaria demuestra comprensión en los siguientes contenidos:</p> <p align="center">1. La Convivencia en las Aulas y la Violencia Escolar.</p> <p align="center">2. Estilos de Comunicación y Habilidades Comunicativas.</p> <p align="center">3. El Conflicto.</p> <p align="center">4. Resolución Pacífica de Conflictos.</p>	<p align="center">-Registros de Intervención. -Registro Fotográfico. -Prueba de Medición de Contenidos Formativos.</p>	<p align="center">Recursos Humanos:</p> <p align="center">-Alumna Seminarista.</p> <p align="center">Recursos Materiales:</p> <p align="center">-Material Fungible. -Material Informativo. -Cámara Fotográfica. -Dependencias del Establecimiento Educativo.</p>

❖ TABLA GANTT CICLO III:

FASE	TIEMPO (SEMANAS)							
	MARZO				ABRIL			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar		♣	♣	♣	♣	♥	♥	♥

NOMENCLATURA					
♣	Tiempo Programado	♥	Tiempo de Holgura	♦	Tiempo Real

3.5 TÉCNICAS EDUCATIVAS DE INTERVENCIÓN.

TÉCNICA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Educación Informal	Es un mecanismo para fortalecer mensajes que contribuyen al bienestar social.	Requiere de la disposición del grupo familiar, en cuanto a acompañamiento, para obtener el máximo aprendizaje.
Preguntas Reflexivas	Útil para iniciar una discusión de un tema, guiar la discusión del curso, promover la participación de los participantes y generar controversia creativa en el grupo.	Cuando el interrogante se convierte en un medio para calificar.
Análisis de Casos	Facilita la comprensión de los motivos que tuvieron las personas para actuar de una determinada manera.	Puede confundir si se refuerza lo anecdótico o lo excesivamente singular.
Discusión en Grupos	Es una técnica muy útil para ser aplicada en grupos grandes, ya que permite una participación activa de todos los miembros y ofrece la posibilidad de contemplar opiniones y puntos de vista diferentes para llegar a una toma de decisiones.	El control de la manipulación del propio grupo y de sus recursos por parte de unos pocos.
Charlas Educativas	Se puede usar con grupos grandes. Despierta interés público y curiosidad.	La participación pasiva de audiencia. Difícil de medir el aprendizaje. Aburrimiento puede causar deserción.
Exhibición de Videos (Cine Foro)	Presenta los mensajes en forma atractiva y enseña de manera integral a través de la voz, movimiento, ambientación, etc. Combina enseñanza con diversión.	Requiere disponibilidad de recursos. Buenas películas educativas son difíciles de conseguir.

Lluvia de Ideas	<p>Ayuda a eliminar discusión excesiva y digresiones del tema principal.</p> <p>Estimula la participación de los tímidos y retraídos.</p>	<p>Requiere un coordinador capacitado y con experiencia en manejo de esta técnica.</p>
Sociodramas (Juegos de Simulación)	<p>Estimula una amplia participación.</p> <p>Temas conflictivos pueden tratarse en un ambiente relajado.</p> <p>Pueden ser presentados y apreciados diversos puntos de vista sobre un tema.</p>	<p>Requiere cuidadosa preparación y control.</p> <p>Puede molestar a participantes tímidos o que no están de acuerdo con el papel asignado.</p>

Fuente: Basado en Manual de Técnicas para una Estrategia de Comunicación en Salud. N° 11. Serie PALTEX para Técnicos, Medios y Auxiliares. Washington: OPS, 1985.

3.6 CRITERIOS DE VALIDACIÓN.

PROCEDIMIENTO DE VALIDACIÓN	CARACTERÍSTICAS
Juicio Profesional	<p>Para sustentar el trabajo llevado a cabo, éste será sometido a una valoración externa a través del juicio profesional del Supervisor Institucional, basado en su preparación y experiencia respecto a las temáticas tratadas. El objetivo de este procedimiento es asegurar que la intervención se adecúa al propósito planteado en su inicio.</p>
Devolución a los Participantes	<p>Un segundo procedimiento de validación, estará dado por la devolución a los participantes del proceso respecto de los resultados parciales obtenidos por la intervención profesional. Esta es una manera de reconocer que existen problemas de salud adolescente y también que hay una red amplia de actores sociales para hacer frente a dichos problemas.</p>

CAPITULO IV



INTERVENCIÓN PROFESIONAL

CAPÍTULO IV
INTERVENCIÓN PROFESIONAL



4.1 CICLO I INTERVENCIÓN PROFESIONAL

A. ESCUELA BÁSICA MINISTRO ZENTENO

B. ESCUELA BÁSICA LA PARVA



**A. ESCUELA BÁSICA MINISTRO
ZENTENO**



COLECTIVO DE TRABAJO: DOCENTES

FASE I: DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

Fase	Objetivo Específico	Nº de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Diagnóstico Participativo de Necesidades en Salud Adolescente	Identificar las problemáticas y percepciones asociadas a salud sexual y reproductiva y convivencia escolar en los establecimientos educacionales participantes del proceso, para llevar a cabo la promoción de salud adolescente.	Sesión N°1: “Conversemos de lo que nos pasa”	-Presentación de la alumna seminarista. -Se recogerá información asociada a salud sexual y reproductiva y convivencia escolar, mediante una conversación libre e informal con los participantes de la sesión, quienes revelarán sus ideas y sentimientos sobre estos temas.	Humanos: -Alumna Seminarista. -Docentes Participantes. Materiales: -Sala Multiuso. -Tarjetas Didácticas. -Hojas y lápices. -Plumón y Pizarra. -Cámara Fotográfica.	Fecha: 11 de Septiembre de 2009. Hora: 12:00 hrs. Duración: 1 hora 30 minutos. Lugar: Escuela Ministro Zenteno.	-Grupos de Discusión. -Lluvia de ideas. -Preguntas de Reflexión.

REGISTRO DE DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Docentes
Fecha	11 de Septiembre de 2009.
Hora	12:00 hrs.
Lugar	Escuela Ministro Zenteno
N° de Participantes	16 Docentes
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivo de la Sesión:

- ▶ Identificar las problemáticas y percepciones asociadas a salud sexual y reproductiva y convivencia escolar en los establecimientos educacionales participantes del proceso, para llevar a cabo la promoción de salud adolescente.

Estrategia de Trabajo:

- ▶ Presentación y discusión en grupos de las problemáticas de salud adolescente.

Descripción de la Sesión:

La sesión comienza con la presentación de la alumna seminarista y posterior explicación de la actividad a realizar. De esta forma, se divide a los participantes en 4 grupos de 4 profesores/as cada uno y se les entrega un set de tarjetas que contenían preguntas relacionadas con la sexualidad, frente a las cuales cada grupo debía responder para luego comentar y opinar con el resto de los grupos, sus percepciones y reflexiones en un contexto de conversación abierta y distendida.

3.- Análisis de la Actividad:

Primer Eje Conceptual: Problemáticas de Salud Adolescente.

▪ Salud Sexual y Reproductiva:

La actividad realizada en esta sesión invitaba a los docentes a reflexionar sobre el tema de la salud sexual y reproductiva permitiendo a los participantes intercambiar información, enriquecer su experiencia y ampliar sus conocimientos sobre el tema, lo cual fue cumplido satisfactoriamente, teniendo en cuenta que se contó con la presencia de la totalidad de los docentes del establecimiento educacional, quienes compartieron sus pensamientos e igualmente se refirieron a las experiencias de diálogo con alumnos y apoderados en esta materia.

En primer lugar, se indagó sobre la relevancia del tema para el profesorado, quienes señalaron la importancia de trabajar este tema con los alumnos: *“porque educamos a grupos mixtos en cuyas edades aparecen las identificaciones sexuales, los cambios físicos del desarrollo, las atracciones, los cambios de comportamiento sexual y la curiosidad por los temas de sexualidad*

(Embarazo adolescente, aborto, relaciones sexuales, masturbación, anticonceptivos)". También, expresaron que las relaciones entre los pares se dificultan por las diferencias de género, es decir, en la forma en que hombres y mujeres se relacionan con su sexualidad bajo el modelo machista de nuestra sociedad.

Al analizar más detenidamente las respuestas, se puede observar que la salud sexual y reproductiva es considerada por los docentes tanto desde el punto de vista de la reproducción como de la sexualidad, aunque se potencian aspectos que tradicionalmente se destacan como más importantes, tales como, el embarazo en la adolescencia. Junto con ello, se visibiliza que esta población no es homogénea, sino que existen diferencias relacionadas con ser hombre o mujer, siendo necesario considerar la entrega de información a los adolescentes desde un enfoque de género.

Respecto a los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva que han enfrentado los docentes, éstos señalaron: *"la resistencia, el tabú y mala interpretación frente al tema que manifiestan algunos apoderados de la escuela, en algunos casos a causa de la religión que profesan, lo que implica restricciones para hablar de ciertos temas cargados de contenido sexual"*. Otra causa, en opinión de los docentes, obedecería al bajo nivel educacional de los apoderados, para quienes el tema es algo *"sucio"* o *"inapropiado para la edad de sus hijos"*. Asimismo, indicaron que los alumnos adquieren información inadecuada e hipersexuada a través de internet y otros medios de comunicación masiva, que sumado al tabú que existe en sus familias, genera una situación compleja para ellos.

Todo lo anterior, produce aprensión por parte de algunos docentes para conversar estos temas con los alumnos. Sumándose a la falta de capacitación y preparación docente frente al tema.

Con respecto a problemas concretos que han enfrentado los docentes, se mencionó el caso de un alumno que se masturbaba en el baño y en la sala de clases, siendo estigmatizado por sus compañeros. Los docentes pidieron ayuda al centro de salud, pero no recibieron ningún tipo de ayuda o asesoramiento, tiempo después el alumno fue retirado del establecimiento. Otro caso, fue mencionado por una profesora de 7° básico, quien sugirió en una ocasión mantener toallas higiénicas en el estante de la sala de clases a disposición de las alumnas cuando éstas las requirieran, pero los apoderados se opusieron a la medida, argumentando que las niñas no tenían la edad para eso, negándose a ver que sus hijas están creciendo.

Al respecto, es necesario considerar que la negación de los padres contribuye en gran medida a limitar el acceso de sus hijos a la información sexual, al mismo tiempo que los adolescentes tienen relaciones sexuales a una edad cada vez más temprana. Por otra parte, en la adolescencia los padres supervisan menos a sus hijos y éstos tienen más acceso a los medios de comunicación y pocas fuentes alternativas de información sexual, lamentablemente, no siempre esa información es la más adecuada, lo que termina por perjudicar el pensamiento adolescente. Pero también es cierto y desde un punto de vista favorable que otros sitios pueden brindar la oportunidad a los adultos de instruirse para hablar de sexo y de ciertas conductas riesgosas con los adolescentes.

Respecto al profesorado, éste tiene escasa formación en este campo, siendo estos temas relegados principalmente a otros, ya sea a la familia o al equipo de salud. Es por esto, que se recomienda mayor articulación entre el centro de salud y la escuela, puesto que cuanto más

organizado sea el proceso de articulación entre salud y educación, más receptiva será la comunidad escolar, más confianza se logrará de los profesores y apoderados y mayor será el compromiso y el apoyo de los directivos de las escuelas.

En cuanto a las acciones que han implementado para abordar el tema de la salud sexual y reproductiva, la directiva de la escuela informa que ha sido un tema abordado como unidad de orientación, informando previamente al apoderado. Junto con la presentación de charlas educativas realizadas por especialistas que forman parte de sus redes de apoyo y la actual implementación del proyecto de prevención de violencia y promoción de conductas prosociales en establecimientos educacionales (Programa Alerta Temprana), dentro del cual se encuentra el tema de la sexualidad, que fue abordado mediante la aplicación de una encuesta al alumnado. Sin embargo, ninguna de estas actividades representan acciones profundas ni continuas, es fundamental encontrar los espacios para informar y reflexionar con los alumnos/as acerca de la sexualidad, con el fin de ayudarlos a llevar una vida sexual saludable.

En cuanto al resultado de esas acciones, los docentes creen que han resultado en una sexualidad responsable por parte de los alumnos, ya que no han detectado graves problemas, como embarazos adolescentes o comportamientos sexuales inapropiados. Si bien, reconocen que sus acciones no han sido suficientes, a raíz de las reacciones de algunos apoderados, para quienes este tema les complica, convirtiéndose en obstaculizadores para incorporar esta temática en las respectivas unidades educativas. Es por esto, que señalan la importancia de educar también a los apoderados.

Como fue mencionado anteriormente, es necesario encontrar espacios de discusión sobre este tema, pero no sólo con los alumnos, sino además con los apoderados, siendo esto una cuestión clave para la educación de los adolescentes, porque la familia es el eje fundamental de los procesos de formación de los hijos.

Se tiene, entonces, el desafío de reeducar a padres de familia que por lo general poseen una baja escolaridad, de tal manera que asuman la responsabilidad de formar a sus hijos en este tema, junto con respaldar y acompañar a los docentes en sus decisiones.

En este contexto, los docentes identifican como fortalezas y recursos para enfrentar el tema con sus alumnos, contar con una orientadora y una psicóloga en la escuela, pero en lo que se refiere a ellos, algunos manifiestan la falta de conocimientos técnicos y tiempo para abordar el tema con sus alumnos. Todo lo anterior fundamenta la necesidad de entregar a los docentes las herramientas pedagógicas y comunicacionales que propicien su labor educativa con los adolescentes. De modo que sean capaces de identificar los problemas de SSR, analizarlos y buscar alternativas de solución, en su ámbito de acción.

En consideración a los recursos identificados, los docentes consideran que la forma de abordar el problema sería a través del trabajo en talleres con profesores, apoderados y alumnos.

De lo anterior se desprende, la necesidad de lograr que la educación en salud sexual y reproductiva sea tanto para los adolescentes como para los padres y docentes. Para estos últimos, porque tienen el deber de formarse para comenzar la orientación temprana de hijos y alumnos.

- **Convivencia Escolar:**

Los profesores, consideran que la convivencia escolar es un tema importante de abordar, puesto que es la base para lograr buenas relaciones y favorecer el aprendizaje.

Si bien, consideran que no tienen problemas graves relacionados con la convivencia, señalan que entre los alumnos existen juegos que son un tanto violentos, que utilizan un lenguaje soez, grosero, y también son comunes los sobrenombres y bromas pesadas, es decir, mayoritariamente agresiones de tipo psicológico.

Las acciones que han llevado a cabo para disminuir estos comportamientos, tienen que ver con talleres de prevención en reuniones de apoderados, entrevistas con los apoderados y con los alumnos cada vez que se produce un hecho violento y realizar derivaciones a especialistas cuando se requiere.

En opinión de los profesores, los resultados de esas acciones generalmente han sido efectivos, ya que todos trabajan en equipo, no obstante, reconocen que es necesario reforzar las acciones preventivas.

En cuanto a la identificación de fortalezas y recursos para abordar el tema, se señala el hacerse escuchar y respetar con los alumnos, utilizando argumentos convincentes y enfrentando los problemas a tiempo.

Esto es muy importante, ya que la gestión adecuada de los comportamientos disruptivos o violentos de determinados alumnos, exige que los profesores dispongan de diferentes competencias y habilidades para hacerles frente, algunas de ellas, es mantener la autoridad, demostrar seguridad y confianza, dialogar, negociar, comprender al alumno, así como a exigirle un determinado comportamiento, ser un mediador eficaz con formación suficiente y un carácter firme y equilibrado para lograrlo.

Al respecto, los profesores, señalan que la mejor manera para abordar el tema es mediar los conflictos que se presentan en sus salas de clases, tratando a través del diálogo dar una solución a cada una de las partes implicadas en el conflicto de tal manera que esto se pueda ver reflejado en el ambiente escolar, lo que implica conversar en forma individual con los protagonistas y en forma grupal con el curso, así también, consultar con colegas y redes de apoyo sobre los problemas más graves.

Sin embargo, también se contempla la sanción disciplinaria para actuar frente a circunstancias que lo ameritan. Para ello, hay que tener presente que cualquier acción punitiva en ocasiones puede transformarse en una justificación de la conducta o incluso en un proceso de victimización, por lo que los sistemas de mediación, en donde las partes se sienten satisfechas por el acuerdo convenido, es el procedimiento más favorable para abordar futuros conflictos de la misma manera.



**COLECTIVO DE TRABAJO: PADRES Y
APODERADOS/AS**

FASE I: DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

Fase	Objetivo Específico	Nº de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Diagnóstico Participativo de Necesidades en Salud Adolescente	Identificar las problemáticas y percepciones asociadas a salud sexual y reproductiva y convivencia escolar en los establecimientos educacionales participantes del proceso, para llevar a cabo la promoción de salud adolescente.	Sesión N°1: “Conversemos de lo que nos pasa”	-Presentación de la alumna seminarista. -Se recogerá información asociada a salud sexual y reproductiva y convivencia escolar, mediante una conversación libre e informal con los participantes de la sesión, quienes revelarán sus ideas y sentimientos sobre estos temas.	Humanos: -Alumna Seminarista. -Apoderados/as Participantes. Materiales: -Sala Multiuso. -Tarjetas Didácticas. -Hojas y lápices. -Plumón y Pizarra. -Cámara Fotográfica.	Fecha: 24 de Septiembre de 2009. Hora: 08:00 hrs. Duración: 1 hora 30 minutos. Lugar: Escuela Ministro Zenteno.	-Grupos de Discusión. -Lluvia de ideas. -Preguntas de Reflexión.

REGISTRO DE DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Padres y Apoderados
Fecha	24 de Septiembre de 2009.
Hora	08:00 hrs.
Lugar	Escuela Ministro Zenteno
N° de Participantes	9 Apoderadas
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivo de la Sesión:

- ▶ Identificar las problemáticas y percepciones asociadas a salud sexual y reproductiva y convivencia escolar en los establecimientos educacionales participantes del proceso, para llevar a cabo la promoción de salud adolescente.

Estrategia de Trabajo:

- ▶ Presentación y discusión en grupos de las problemáticas de salud adolescente.

Descripción de la Sesión:

Se dio inicio a la sesión con la presentación de la alumna seminarista, la presentación del objetivo de la actividad y el tiempo destinado para su desarrollo. A continuación, se dio entrega a las participantes de un set de tarjetas que contenían preguntas relacionadas con la temática de Salud Sexual y Reproductiva, indicándoles que era necesario que cada apoderada reflexionara en torno a ellas, primero individualmente y que luego intercambiaran sus sentimientos y opiniones en una instancia grupal.

Al finalizar el diálogo, la alumna seminarista recogió las principales percepciones e invitó a las apoderadas a la siguiente actividad, de iguales características que la anterior, pero ésta vez enfocada en la temática de Convivencia Escolar.

3.- Análisis de la Actividad:

Primer Eje Conceptual: Problemáticas de Salud Adolescente.

▪ Salud Sexual y Reproductiva:

En primer lugar, se indagó sobre la relevancia del tema para las apoderadas, quienes confirmaron la importancia de trabajar este tema con sus hijos/as: *“el tema de la sexualidad en los adolescentes tiene gran importancia, porque necesitan estar informados...”* *“es importante porque actualmente hay más presiones sociales sobre los jóvenes en relación al sexo, a la sexualidad”*.

En definitiva, lo que parece deducirse de estas afirmaciones es que para estas apoderadas la educación sexual es necesaria. De hecho, la mayoría de las veces los adolescentes no están

bien informados del tema, porque en la familia no se les proporciona información, de esta forma se hace necesario que los padres, intervengan más activamente en la formación sexual de sus hijos, entregando conocimientos y desmintiendo información errónea.

Las apoderadas, coinciden en que los padres deben ser los principales educadores de sus hijos/as respecto a la sexualidad y que la educación sexual debe darse desde la familia por considerar que los medios de comunicación ofrecen enorme cantidad de información y estímulos sobre sexualidad, sin considerar la edad y las necesidades de los niños y adolescentes. Mientras que la educación que sus hijos puedan recibir de amigos u otros adultos, tampoco será igual a la de la familia, porque en ella la educación sexual está impregnada de afecto y orientada desde y hacia los valores del hogar.

Ciertamente, la familia es quien debe velar por la formación, sobre todo valórica, que se les otorgue a sus miembros. De esta manera, el rol de la escuela es sólo de apoyo a la familia en la educación sexual de los alumnos, mientras que la familia debería aprobar los programas y actividades de educación sexual que el establecimiento ofrezca a sus hijos e hijas.

Los apoderados señalan que sí proporcionan información en materia sexual a sus hijos, principalmente en lo que se refiere a la anticoncepción, asimismo indican que sus hijos han comenzado a realizar este tipo de preguntas cada vez a más temprana edad, reconociendo que deben estar preparados para eso.

En este sentido, tal como los profesores, las apoderadas reflejan que la educación sexual que enseñan se centra en la entrega de información biológica-reproductiva y orientada en la prevención de problemas como el embarazo no deseado y las ITS.

Si bien, es importante trabajar en la prevención de estas problemáticas, una educación sexual necesariamente debe incorporar una visión integral que implique el ejercicio de la sexualidad de un modo saludable, informado, en general, indicador de estilos de vida sanos y placenteros.

Por otra parte, las apoderadas se refirieron a la dificultad de iniciar conversaciones sobre temas de sexualidad con sus hijos, lo que se contrapone con su idea de la familia como fuente principal de educación sexual. Aunque estas apoderadas tienen el deseo de hablar de la sexualidad con sus hijos, lo más probable es que la mayoría de las veces quede sólo en eso, en deseo, pues existe consciente e inconscientemente una barrera producto del pudor o del temor de no proporcionar información explícita a los hijos.

En general, la educación sexual de los hijos puede parecer una tarea compleja, pero tener vergüenza frente a ciertas preguntas es normal, principalmente si no se fue educado sexualmente por sus propios padres, más bien, expresar esto a los hijos sería un signo de honestidad.

Otro aspecto a destacar, es que las acciones de las apoderadas se han basado en responder y clarificar las dudas de sus hijos, al momento que éstos les preguntan. No obstante, la educación sexual empieza desde el nacimiento, de otra manera, se pierden etapas de vida para transmitir información positiva sobre la sexualidad.

En cuanto a si estas acciones han sido suficientes, las apoderadas no creen que lo hayan sido,

ya que están conscientes de que conversan de estos temas generalmente cuando sus hijos realizan alguna pregunta.

Entre las fortalezas y recursos que identifican los apoderados para abordar el tema, señalan, una mayor apertura frente al tema, a diferencia de sus propias experiencias en que sus padres jamás les hablaron de sexualidad, la confianza que brinda la familia para conversar del tema y el respeto para abordarlo a través de un lenguaje correcto, sin morbo y adecuado para la edad de los hijos.

Asimismo, las apoderadas, dicen sentirse capacitadas para abordar la sexualidad con sus hijos, de hecho la mayoría explica que lo hace. Por otro lado, una apoderada expresa que se siente poco preparada para enfrentar la educación sexual de su hijo, por lo que le pide ayuda a su hermana para que sea ella quien hable con su hijo.

También, los apoderados comentan acerca de los padres que no conversan de este tema con sus hijos ni les agrada que otros lo hagan debido a su religión (Testigos de Jehová, Evangélicos), frente a lo cual se muestran en desacuerdo.

Frente a lo anterior, debe tenerse en cuenta que la familia educa a sus hijos/as a través de lo que se dice sobre sexualidad y también de lo que no se dice, como una mala cara, una sonrisa, un golpe, una actitud indiferente o burlona ante alguna pregunta, etc. De esta manera, cuando el hijo o hija pregunta sobre sexualidad, puede percibir si ese es un tema del cual se puede hablar o no en su casa, más allá de lo que los adultos respondan con palabras, ayudando o haciendo más difícil el desarrollo sexual del hijo/a.

Finalmente, las apoderadas manifiestan la necesidad de contar con talleres de educación sexual para sus hijos de acuerdo al ciclo educativo en el que se encuentran.

▪ **Convivencia Escolar:**

Las apoderadas creen que es muy apropiado tocar este tema, ya que la violencia es hoy un componente cotidiano en la sociedad y los niños y adolescentes también conviven con ella. Por esta razón, apoyan la idea de que la escuela debe considerarla como un tema a tratar para que sus hijos comprendan que los problemas no se solucionan peleando, sino que dialogando y del mismo modo que los profesores, no consideran que este tema sea un problema grave en este establecimiento, puesto que los hechos de violencia no son frecuentes ni graves.

Respecto a la intensidad de la violencia que muestran los medios de comunicación, las apoderadas opinan que este problema ha existido siempre, sin embargo en los últimos años la conducta agresiva de algunos alumnos se ha visto exacerbada, en parte porque la sociedad actual propicia que se comuniquen mediante la violencia, a través de la estimulación violenta de los medios de comunicación que influyen en los mismos. Por otra parte, los hogares que no están bien constituidos, en donde los niños pasan en la calle y/o existe violencia dentro de las propias familias, son algunas de las causales que identifican.

Es así que, las expresiones de violencia que observan entre los alumnos, no tiene que ver directamente con la escuela, argumentando que los docentes no pueden vigilar todo el

tiempo a los más de 900 alumnos que tienen, además creen que el reducido espacio físico con que cuenta la escuela incrementa los accidentes y la violencia entre los alumnos, más bien atribuyen las causales de violencia a la familia, de cómo educan a los niños desde la infancia y de los valores que les inculcan.

En cuanto a las acciones que han realizado para disminuir la violencia, las apoderadas señalan que enseñan a sus hijos a rechazar toda forma de violencia, con independencia de quién es la víctima y quién el agresor, ya sea en la escuela o en la casa, favoreciendo el respeto hacia los demás.

Efectivamente para prevenir los fenómenos de violencia y los problemas de malas relaciones entre compañeros/as, se requiere educar en el conflicto, por ende en la educación de habilidades sociales.

Respecto a si sus acciones han sido suficientes, las apoderadas indican que no lo son, siendo importante incluir actividades específicamente dirigidas a prevenir el maltrato dentro de la escuela. En este sentido, aquello que las apoderadas esperan del establecimiento educacional tiene que ver con transmitir a los alumnos la importancia de aprender a resolver conflictos adecuadamente.

Las apoderadas identifican como recursos para abordar el tema, conversar con sus hijos, tratar de hacerles ver que las conductas violentas son dañinas y peligrosas, tanto para la víctima como para el agresor.

Para ello, padres y madres deben estar enterados de las formas que toma la violencia en el establecimiento educacional y de las posibilidades que existen de que sus hijos/as pueden verse implicados en ella como víctimas, como agresores o como espectadores.

Asimismo, las apoderadas creen que una forma de abordar la convivencia escolar es generando acciones de sensibilización y concientización en los alumnos sobre las consecuencias de los malos tratos, estableciendo de esa manera compromisos compartidos en pro de una cultura de la no violencia.

Cabe señalar que la prevención de la violencia en el ámbito escolar requiere incorporar a la totalidad de los actores de la comunidad escolar, ya sean directivos, docentes, personal paradocente y padres, además de los alumnos. De esta manera, si hubiera más contacto entre la institución educativa y la familiar, muchos de los problemas de violencia entre los alumnos no serían tan graves ni se prolongarían en el tiempo.



**COLECTIVO DE TRABAJO: ALUMNOS Y
ALUMNAS**

FASE I: DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

Fase	Objetivo Específico	Nº de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Diagnóstico Participativo de Necesidades en Salud Adolescente	Identificar las problemáticas y percepciones asociadas a salud sexual y reproductiva y convivencia escolar en los establecimientos educacionales participantes del proceso, para llevar a cabo la promoción de salud adolescente.	Sesión N°1: “Conversemos de lo que nos pasa”	-Presentación de la alumna seminarista. -Se recogerá información asociada a salud sexual y reproductiva y convivencia escolar, mediante una conversación libre e informal con los participantes de la sesión, quienes revelarán sus ideas y sentimientos sobre estos temas.	Humanos: -Alumna Seminarista. -Alumnos/as Participantes. Materiales: -Sala Multiuso. -Tarjetas Didácticas. -Hojas y lápices. -Plumón y Pizarra. -Cámara Fotográfica.	Fecha: 22 de Septiembre de 2009. Hora: 11:00 hrs. Duración: 1 hora 30 minutos. Lugar: Escuela Ministro Zenteno.	-Grupos de Discusión. -Lluvia de ideas. -Preguntas de Reflexión.

REGISTRO DE DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

1. Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Alumnos/as de 7° y 8° Básico
Fecha	22 de Septiembre de 2009
Hora	11:00 hrs.
Lugar	Escuela Ministro Zenteno
N° de Participantes	18 Alumnos/as
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivo Específico de la Sesión:

- ▶ Identificar las problemáticas y percepciones asociadas a salud sexual y reproductiva y convivencia escolar en los establecimientos educacionales participantes del proceso, para llevar a cabo la promoción de salud adolescente.

Estrategia de Trabajo:

- ▶ Presentación y discusión en grupos de las problemáticas de salud adolescente.

Descripción de la Sesión:

La sesión comienza con la presentación de la alumna seminarista, posterior explicación de la finalidad de la reunión y explicación del procedimiento de la actividad. De esta forma, se divide a los participantes en 4 grupos y se les entrega un set de tarjetas que contenían preguntas relacionadas con la sexualidad, frente a las cuales cada grupo debía responder para luego comentar y opinar con el resto de los grupos en un contexto de conversación abierta y distendida.

3.- Análisis de la Actividad:

Primer Eje Conceptual: Problemáticas de Salud Adolescente.

▪ Salud Sexual y Reproductiva:

En cuanto al desarrollo de la actividad, la cual invitaba a los participantes a reflexionar acerca de su situación de salud sexual y reproductiva para identificar los principales problemas en esta materia, es posible mencionar que este ejercicio fue de utilidad para conocer algunas creencias de los alumnos/as en torno a la sexualidad.

Al respecto, es posible constatar que los participantes son capaces de identificar diferentes situaciones de riesgo que pueden provocar un embarazo no deseado: *“no cuidarse”, “estar con exceso de alcohol y/o drogas en el cuerpo”, “que los preservativos fallan”, “violaciones”*. Aunque en mayor medida, asociaron el embarazo no deseado a la falta de responsabilidad de las parejas que tienen relaciones sexuales sin protección: *“porque las parejas no quieren*

cuidarse y no piensan en las consecuencias”.

Con respecto a la edad de inicio de las relaciones sexuales, la mayoría de los participantes coincidió en que la edad adecuada para iniciarse sexualmente era a los 14 años, argumentando: *“porque ya nos sentimos preparados”* y *“porque las mujeres ahora son más liberales”*. Si bien, la respuesta que obtuvo mayor apoyo se refirió a: *“cuando nos den ganas”*; mientras que la respuesta que obtuvo menor apoyo fue: *“después del matrimonio... porque así sería bonito y además no hablarían mal de las mujeres”*.

Estas afirmaciones permiten reflexionar sobre dos cuestiones, la primera, es que en las últimas generaciones es manifiesta la aparición cada vez más temprana de la maduración sexual, pero este desarrollo sexual temprano no va acompañado de una maduración psicológica importante en lo que a la sexualidad se refiere, por lo que no existen los conocimientos suficientes para asumir una sexualidad responsable. Por otra parte, se distinguen actitudes machistas en la forma en que hombres y mujeres se relacionan con su sexualidad (*“...no hablarían mal de las mujeres”*) al mismo tiempo en que se muestran en desacuerdo con la cultura machista.

En cuanto a las actitudes de los participantes frente a la maternidad o paternidad adolescente se obtuvieron tres tipos de respuestas, en que la mayoría afirmó: *“asumiría la responsabilidad”*. Mientras tanto, otros dijeron que optarían por delegar esta responsabilidad a sus padres: *“le diría a mi mamá que la cuidara”* y un par de alumnos indicó: *“dejaría a mi polola”*.

De estas afirmaciones se explica que un embarazo es un tema complejo para los adolescentes, quienes suponen, que frenaría su evolución como personas, ya que ellos mismos son personas que están convirtiéndose en adultos y que necesitan una cierta libertad para completar esta etapa de la vida.

Junto con admitir el temor de vivir esta situación, los participantes dan cuenta de que el mayor peso recae en las madres adolescentes, quienes generalmente se hacen cargo de los hijos, evidenciándose la necesidad de educar a los adolescentes varones en paternidad responsable. Asimismo, reconocen la importancia de la familia, la cual es un gran apoyo para el cuidado y crianza del hijo, de tal forma que los adolescentes puedan continuar estudiando.

Respecto de la persona a quien acuden cuando quieren conversar sobre sexualidad, los participantes mencionan en primer lugar a sus amigos y en segundo lugar a sus madres como fuentes importantes de información para temas de sexualidad y relaciones personales (emociones, decepciones amorosas, aspectos técnicos de las primeras experiencias sexuales, etc.)

En cuanto al tema de sexualidad que más interesa a los participantes, éstos señalaron el de las relaciones sexuales. Sin duda, este es un tema que provoca gran interés en los adolescentes, ya que suelen pensar que la primera relación sexual es crucial para la vida amorosa del futuro, se llenan de dudas y no siempre es una experiencia bien planeada, porque ese momento no siempre se acompaña de información y educación para la salud reproductiva. Si bien es verdad que la primera experiencia sexual es importante, no tiene necesariamente por qué ser determinante en la persona, de mayor relevancia es la cuestión de en qué condiciones y circunstancias ocurre esa “primera vez”.

Por último, respecto a las fuentes de información preferidas por los participantes para recibir información sexual, prefirieron mayoritariamente a los Padres.

Es interesante destacar que al preguntárseles por la persona a quien acuden cuando tienen alguna duda sobre sexualidad respondieron mayoritariamente que acudían a sus amigos. Sin embargo, desearían recibir esta información preferentemente por parte de sus padres.

▪ **Convivencia Escolar:**

Dentro del objetivo específico en que se enmarca la actividad, este segmento de la sesión estuvo orientado a que los participantes reflexionaran sobre la presencia de problemas que afectaran la convivencia escolar. De esta manera, el ejercicio fue de utilidad para conocer cómo definen estos alumnos y alumnas la violencia escolar, así como sus causas y características de las manifestaciones violentas que se producen al interior de su escuela.

Para comenzar, se consultó a los participantes si creían que en su escuela existían normas claras de convivencia, si estas eran suficientes y conocidas por toda la comunidad escolar. Al respecto, los participantes reconocen la existencia de normas al interior de la escuela y que son conocidas por todos los alumnos, identificando algunas como: *“no golpearse”, “no rayarse las capas”, “no responderle a los profesores”,* pero que no todos las respetan: *“porque son porfiados”*.

Seguidamente, tratando de que los participantes aportaran algunas ideas sobre lo que diferencia a un grupo de alumnos que agreden o molestan a sus compañeros de otros grupos de alumnos que se dedican a realizar actividades solidarias. Los participantes señalaron que aquello que diferencia a los protagonistas de estos sucesos es que: *“quienes molestan o golpean se creen Bakán, mejores que los demás y que pueden hacer lo que quieren”*.

En relación a la posibilidad de que los participantes pudieran presenciar violencia en su propia escuela, los participantes afirmaron que al interior de su escuela los alumnos se agreden e insisten en que quienes agreden a sus pares lo hacen porque se consideran *“bakanes”*.

La palabra Bakán, en nuestro país, se refiere a algo que es genial, fantástico. Al extenderse a las personas hace referencia a quienes llevan una buena vida o creen tenerla, considerándose a sí mismos *“bakanes”*. Para defender esta creencia buscan conseguir popularidad entre sus pares y una forma mal entendida de hacerlo es agrediendo a otros, puesto que las conductas agresivas suelen obtener reconocimiento, visibilidad social y jerarquía social entre los pares.

En cuanto a la forma en la que se emplea la violencia con mayor frecuencia en esta escuela, los participantes indican que es: *“el insulto”, “existe agresión verbal, muchos garabatos”*.

Respecto del modo en cómo actúan los alumnos frente a un acto de violencia escolar, los participantes reconocen tener actitudes que apoyan la violencia, expresando que la mayoría de los alumnos al ser testigo de un acto de violencia: *“se ríen”, “Carboneamos”, “Apoyan al golpeador, porque es el más fuerte”, “sólo si son amigos, los defendemos”*.

Otro aspecto desarrollado, fue el proceso de mediación escolar. De acuerdo a los

participantes, cada vez que existe una pelea se realiza mediación, pero que luego de llevarla a cabo no siempre los involucrados cumplen con lo acordado.

En relación a lo anterior y pese a la condescendencia con que los participantes abordan la violencia escolar, plantean que una forma para manejar la violencia escolar sería: *“mediante un cara a cara entre los alumnos”*. En este sentido, la comunicación cara a cara debiera ser una intervención respetuosa, con reconocimiento de las emociones de los implicados, porque en la base de la agresión hay dolor que se disfraza de rabia.

Finalmente, en cuanto a la noción que este grupo de alumnos tiene sobre la violencia al interior de su escuela, la definen en primer lugar como: *“la violencia es cotidiana”*, seguida de *“la violencia es provocada”*.



**COLECTIVO DE TRABAJO: ALUMNOS Y
ALUMNAS**

**FASE II: PROMOCIÓN DE SALUD
ADOLESCENTE EN SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA**

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN SESIÓN N°1

Fase	Objetivo Específico	N° de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva.	Sesión N°1: "Desarrollo y Sexualidad de los Adolescentes".	En esta actividad se abordarán los contenidos relacionados con el significado de la Adolescencia y los cambios que se producen en esta etapa.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alumna Seminarista. -Alumnos/as Participantes. -Profesora 7° Básico. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Data Show. -Cámara fotográfica. - 1 árbol dibujado en un papelógrafo. -3 tarjetas con las definiciones de los tres tipos de cambios (físicos, psicológicos y sociales). -34 tarjetas en forma de manzanas. 	<p>Fecha:</p> <p>02 de Noviembre de 2009.</p> <p>Hora:</p> <p>08:00 hrs.</p> <p>Duración:</p> <p>60 minutos.</p> <p>Lugar:</p> <p>Escuela Ministro Zenteno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Exhibición de Video. -Educación Informal. -Preguntas de Reflexión.

REGISTRO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL SESIÓN N°1

1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Alumnos/as de 7° Básico
Fecha	02 de Noviembre de 2009
Hora	08:00 hrs.
Lugar	Escuela Ministro Zenteno
N° de Participantes	34 Alumnos/as
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivo Específico de la Sesión:

- ▶ Dar a conocer a los y las participantes los cambios físicos, psicológicos y sociales que se producen en la adolescencia.

Estrategia de Trabajo:

- ▶ Presentación de video educativo y ejercicio didáctico.

Descripción de la Sesión:

Se dio inicio a la sesión con la exposición de un video que explicaba las características del proceso de cambio en la adolescencia (Desarrollo y Sexualidad en la Adolescencia). Finalizado el video se entregó a cada participante una tarjeta en forma de fruta en la cual debían escribir cambios que se producen en la adolescencia, de acuerdo a lo observado en el video anterior y a sus propios conocimientos. Una vez escritas las tarjetas, la alumna seminarista les enseñó el árbol dibujado en un papelógrafo que estaba colocado en la pizarra y les dijo que imaginaran que el árbol representaba a un adolescente y las tarjetas en forma de fruta a los cambios que viven en la adolescencia.

Posteriormente, se explicó que los cambios que ocurren en la adolescencia pueden ser de tres tipos: físicos, psicológicos y sociales, y con la ayuda de los participantes se ubicaron las tarjetas en las zonas del árbol que correspondían a cada tipo de cambio.

3.- Análisis Grupal de la Actividad:

Metodología de Trabajo: La actividad desarrollada resultó fructífera porque permitió abordar la adolescencia como un período de transformación, contenido básico para aproximarse a temáticas más específicas de la salud adolescente. Es importante destacar también que los recursos materiales utilizados fueron los apropiados, manifestándose en que los participantes se mostraron interesados con el material audiovisual y con el material didáctico, los cuales facilitaron la reflexión sobre los cambios que se experimentan durante la adolescencia.

Dinámica Grupal: Los y las participantes mostraron interés y respeto durante la exhibición del video y el ejercicio práctico.

Rol de los y las Participantes: Se observó una timidez generalizada en el grupo de participantes para explicar al resto de sus compañeros los cambios que habían identificado. Lo cual podría deberse a que esta actividad correspondió a la primera sesión donde se abordaba la sexualidad y que se supone irán desinhibiéndose con el transcurso de los días.

Rol de la Facilitadora: El desempeño de la alumna seminarista se considera satisfactorio, puesto que, logró mantener el orden de los/as participantes y logró motivarlos cuando éstos no querían salir adelante a explicar al resto de sus compañeros los cambios de la adolescencia que habían identificado.

4.- Análisis Teórico Conceptual de la Actividad:

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Problemáticas de Salud de los Adolescentes</p>	<p>Los y las participantes se encuentran en la etapa de desarrollo denominada <i>adolescencia temprana (10 a 13 años)</i>, en que la preocupación psicológica gira básicamente alrededor de lo físico y lo emocional. Lo que explica, que la actividad realizada en esta sesión haya tenido cierto grado de dificultad para los/as participantes en lo que respecta a la identificación de cambios sociales y psicológicos, ya que mayoritariamente lograron distinguir cambios físicos relacionados con los caracteres sexuales secundarios.</p> <p>Es por esto que fue necesario destacar que así como existen cambios morfológicos y fisiológicos en la adolescencia relacionados con la madurez sexual, también se presentan cambios psicológicos y sociales en las actitudes y el comportamiento. Señalando que la adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo que sus límites no se asocian solamente a características físicas.</p> <p>Otro elemento que se evidenció en esta sesión fue que el tiempo de comienzo, la magnitud y la velocidad de los eventos del desarrollo dependen de cada adolescente, ejemplo de ello, fueron las diferencias físicas que podían observarse entre los/as participantes, en relación a esto la profesora del grupo curso refirió: <i>“mis niñas, mis niños y mis niñas grandes”</i>, lo que permitió reafirmar que algunos maduran antes que otros, funcionando igual para cada sexo.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva</p>	<p>Esta sesión, estuvo centrada en que los/as participantes reconocieran la adolescencia como una etapa marcada por cambios en diferentes aspectos y que requieren de un proceso de adaptación. Con ello, se espera que posean mayores capacidades para enfrentar las nuevas circunstancias y desafíos que les tocará vivir como parte del proceso de la adolescencia. En este sentido, los/as participantes pudieron evidenciar que como adolescentes deben adaptarse a un cuerpo que crece en tamaño y adquiere características sexuales y que además suelen atravesar cambios profundos en su forma de pensar y relacionarse con su entorno.</p>



MATRIZ DE PROGRAMACIÓN SESIÓN N°2

Fase	Objetivo Específico	N° de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva.	Sesión N°2: “El Embarazo Adolescente”.	En esta oportunidad, los alumnos trabajarán en torno a las causas individuales y sociales que promueven el embarazo temprano, las consecuencias y la maternidad/paternidad Responsable.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alumna Seminarista. -Alumnos/as Participantes. -Profesora de 7° Básico. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cámara fotográfica. -Data Show. -Papelógrafo con las pautas para la dramatización. -Implementos de vestuario para la dramatización. 	<p>Fecha: 09 de Noviembre de 2009.</p> <p>Hora: 08:00 hrs.</p> <p>Duración: 60 minutos.</p> <p>Lugar: Escuela Ministro Zenteno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Exhibición de Video. -Sociodrama. -Educación Informal. -Preguntas de Reflexión.

REGISTRO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL SESIÓN N°2

1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Alumnos/as de 7° Básico
Fecha	09 de Noviembre de 2009
Hora	08:00 hrs.
Lugar	Escuela Ministro Zenteno
N° de Participantes	34 alumnos/as
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivo Específico de la Sesión:

- Identificar las causas y consecuencias de la problemática del embarazo adolescente, privilegiando el aspecto preventivo.

Estrategia de Trabajo:

- Analizar el tema del Embarazo en la Adolescencia basado en situaciones de la vida real.

Descripción de la Sesión:

La sesión comienza con la exposición de un video para sensibilizar a los participantes sobre el tema a abordar. Finalizado el video, se dividió a los participantes en cuatro grupos, a dos de ellos se les pidió que dramatizaran el caso de un embarazo no deseado y a los otros dos grupos el caso de un embarazo deseado. Para conseguir mayor motivación de parte de los participantes, se les entregaron algunos implementos para realizar su representación, junto con las pautas para cada una de las dramatizaciones, que incluían las causas que llevaron al embarazo no deseado, la(s) personas a las que recurre la adolescente, el/los lugar (es) al que pueden acudir para recibir apoyo y el desenlace de la situación (qué sucede con el embarazo al final de la historia).

A continuación, cada grupo presentó su dramatización y luego de eso se analizaron las dramatizaciones utilizando preguntas de reflexión.

3.- Análisis Grupal de la Actividad:

Metodología de Trabajo: La actividad desarrollada durante ésta sesión, tenía como objetivo que los/as participantes trabajaran la problemática del embarazo adolescente mediante un proceso de grupo lúdico y creativo, para luego suscitar la discusión y la profundización del tema. De esta forma, y en base a las representaciones realizadas, es posible evaluar la sesión positivamente, en tanto que, cada grupo consiguió efectuar un adecuado trabajo en equipo al elaborar el guión de las historias que posteriormente representaron propiciando el entendimiento de los participantes respecto de las causas y consecuencias de este acontecimiento.

Dinámica Grupal: La capacidad de atención y escucha de los/as participantes disminuyó durante la presentación de los dos últimos grupos.

Rol de los y las Participantes: Los/as participantes dialogaron sobre lo que conocían del tema y lo que querían reflejar en sus representaciones, además la participación en las representaciones incluyó a todos los asistentes de la sesión, quienes se mostraron motivados por la actividad y por hacer un buen trabajo.

Rol de la Facilitadora: Un desperfecto del Data Show impidió observar óptimamente el video introductor de la actividad, por lo que la alumna seminarista debió narrar su contenido para contribuir con el desarrollo fluido de la sesión y alentar la participación de los miembros del grupo.

4.- Análisis Teórico Conceptual de la Actividad:

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Problemáticas de Salud de los Adolescentes</p>	<p>La actividad realizada permitió conocer los antecedentes que manejan los/as participantes acerca de la problemática del embarazo adolescente. En cuanto a sus causas identificaron las relaciones sexuales sin anticoncepción, el consumo de alcohol previo a las relaciones y el pensamiento mágico propio de la adolescencia (creer que son invulnerables, que no se embarazarán porque no lo desean), y respecto a sus consecuencias identificaron un mayor riesgo de morbilidad tanto de la madre como del hijo, abandono del sistema escolar y marginación social. Asimismo, los dos grupos que representaron el embarazo no deseado, evidenciaron la posibilidad del aborto provocado. No obstante, ambas historias finalizaron con el nacimiento del hijo.</p> <p>También, en sus representaciones, se apreció que en ocasiones la responsabilidad del embarazo no deseado recae sólo en la adolescente siendo abandonada por su pareja, la dependencia hacia la familia para la crianza y manutención del hijo que está por nacer o en otros casos la expulsión de la adolescente embarazada de su hogar, negándosele todo tipo de ayuda.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva</p>	<p>Los/as participantes manifestaron una actitud crítica acerca de la problemática del embarazo adolescente, entendiéndolo como una amenaza para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y del hijo y retrasar o suspender los proyectos de vida.</p> <p>Esto evidencia de que los y las participantes están al tanto de que el embarazo en la adolescencia es uno de los problemas de salud más grandes que presentan los adolescentes en relación con su salud sexual y reproductiva. Asimismo, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo de uno mismo, la pareja y los hijos futuros. Comprender esto es particularmente importante en relación a la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables.</p>



MATRIZ DE PROGRAMACIÓN SESIÓN N°3

Fase	Objetivo Específico	N° de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva.	Sesión N°3: “La Regulación de la Fecundidad: Los Principales Métodos Anticonceptivos”.	En esta oportunidad se desarrollarán los contenidos relacionados con los principales métodos anticonceptivos, uso, ventajas y desventajas de cada uno de ellos.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alumna Seminarista. -Alumnos/as Participantes. -Profesora de 7° Básico. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tarjetas que corresponden al uso del Condón. -Tarjetas que corresponden al uso de las Pastillas. -Tarjetas que corresponden a mitos y verdades de los MAC. -Power Point con los conceptos clave de los principales MAC. 	<p>Fecha: 16 de Noviembre de 2009.</p> <p>Hora: 08:00 hrs.</p> <p>Duración: 60 minutos.</p> <p>Lugar: Escuela Ministro Zenteno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Charla Educativa. -Discusión en Grupos.

REGISTRO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL SESIÓN N°3

1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Alumnos/as de 7° Básico
Fecha	16 de Noviembre de 2009
Hora	08:00 hrs.
Lugar	Escuela Ministro Zenteno
N° de Participantes	34 Alumnos/as
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivos Específicos de la Sesión:

- ▶ Dar a conocer los principales métodos anticonceptivos.
- ▶ Reflexionar acerca de sus ventajas, desventajas, accesibilidad y efectividad.
- ▶ Reflexionar acerca de la corresponsabilidad del hombre y de la mujer en la anticoncepción.

Estrategia de Trabajo:

- ▶ Exposición del tema y asignación de tareas.

Descripción de la Sesión:

La sesión comenzó con la presentación de una charla educativa sobre los principales métodos anticonceptivos. Seguidamente, se dividió a los participantes en tres grupos para que cada uno trabajara el uso correcto del condón, el uso de las pastillas anticonceptivas y los mitos y verdades de los métodos anticonceptivos.

Al grupo del condón, se les repartieron tarjetas con los pasos del uso adecuado del condón en desorden. El grupo tenía que discutir el orden de los pasos de su colocación y luego exponer al resto de sus compañeros el uso correcto. Al grupo de las pastillas anticonceptivas, se les entregaron tarjetas mezcladas con enunciados correctos e incorrectos referidos al uso de este método. El grupo debía seleccionar las tarjetas con enunciados correctos en una columna y aquellos con enunciados incorrectos en otra columna, explicando las razones de su elección.

Mientras que, al grupo de mitos y verdades de los métodos anticonceptivos se les entregaron tarjetas mezcladas con enunciados verdaderos y falsos referidos a diversos métodos anticonceptivos. El grupo debía seleccionar las tarjetas con enunciados verdaderos y aquellas con enunciados falsos, exponiendo sus argumentos.

3.- Análisis Grupal de la Actividad:

Metodología de Trabajo: Dentro de los elementos positivos que se detectaron en el desarrollo de la actividad, se considera la incorporación de un breve glosario con las definiciones de los términos técnicos que se manejarían en la charla educativa, ya que esto facilitó el entendimiento de los contenidos abordados, asimismo la consideración de apoyos didácticos atractivos que generaron interés en los/as participantes (Power Point con fotografías y tarjetas

para el trabajo grupal) los cuales permitieron un desarrollo satisfactorio de la sesión.

Dinámica Grupal: Al iniciar la sesión se temía que ésta tuviera menor aceptación por parte de los/as participantes debido a que la estrategia de trabajo escogida en esta oportunidad era la charla educativa, por lo que el grupo podría haberse visto aburrido. Sin embargo, este momento de la sesión fue bien recibido por los/as participantes, quienes se mostraron atentos y realizaron comentarios y preguntas.

Rol de los y las Participantes: Se observó que las tarjetas no fueron manipuladas por todos/as los integrantes de los grupos ("Condón", "Pastillas", "Mitos") como era lo esperado, ya que algunos integrantes monopolizaron el trabajo grupal.

Rol de la Facilitadora: En esta oportunidad, a diferencia de las sesiones anteriores, la alumna seminarista jugó un rol más central, cuya función principal fue exponer el tema de la sesión, lo que se considera fue cumplido satisfactoriamente, ya que los/as participantes demostraron capacidad de atención y escucha.

4.- Análisis Teórico Conceptual de la Actividad:

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Problemáticas de Salud de los Adolescentes</p>	<p>El diagnóstico de necesidades de salud adolescente realizado con los/as participantes, reveló entre otras cosas, que la mayoría de ellos y ellas tienen actitudes más liberales frente al sexo, ya que las condiciones que creen necesarias para mantener relaciones sexuales son menos exigentes, considerándose ya preparados para el acceso a las relaciones sexuales coitales.</p> <p>A partir de estas conclusiones, los contenidos desarrollados en ésta sesión se ajustaron a la necesidad de abordar el conocimiento de diferentes métodos anticonceptivos, porque son un instrumento para poder decidir en las mejores condiciones posibles el momento de tener hijos y de esta manera evitar las prácticas de riesgo que se dan sobre todo en las primeras relaciones, porque éstas suelen ser no planificadas o esporádicas omitiéndose el uso de métodos anticonceptivos.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva</p>	<p>Partiendo de la base de que la maternidad y paternidad deben ser una elección de las personas de la manera más responsable posible, el abordaje del tema no se redujo a la información concreta sobre cada método, sino además a la reflexión de las formas en que la mujer puede quedar embarazada, las relaciones de género respecto de la anticoncepción, los aspectos que están en juego cuando no se utilizan, especialmente el tema del embarazo no deseado, los cuales pueden evitarse si se utilizan los medios adecuados y que la información anticonceptiva dada por amigos y compañeros de la misma edad no es confiable, sino que deben acudir a centros de salud cuando requieran de métodos anticonceptivos; de forma que los/as participantes realicen un proceso de decisión informado.</p>



MATRIZ DE PROGRAMACIÓN SESIÓN N°4

Fase	Objetivo Específico	N° de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva.	Sesión N°4: “Infecciones de Transmisión Sexual: El Otro Lado del Sexo”.	Durante esta actividad se trabajará en torno a las ITS más frecuentes, las formas en que se transmiten y contraen, sus síntomas, complicaciones, tratamiento y prevención.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alumna Seminarista. -Alumnos/as Participantes. -Profesora 7° Básico. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Power Point sobre las ITS más comunes. - Tarjetas con nombres de ITS y de otras enfermedades. -Tarjetas con dibujos de situaciones en las que se transmite y situaciones en las que no se transmite el virus VIH. 	<p>Fecha: 23 de Noviembre de 2009.</p> <p>Hora: 08:00 hrs.</p> <p>Duración: 60 minutos.</p> <p>Lugar: Escuela Ministro Zenteno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Lluvia de Ideas. -Charla Educativa. -Discusión en grupos. -Preguntas de Reflexión.

REGISTRO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL SESIÓN N°4

1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Alumnos/as de 7° Básico
Fecha	24 de Noviembre de 2009
Hora	08:00 hrs.
Lugar	Escuela Ministro Zenteno
N° de Participantes	34 Alumnos/as
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivos Específicos de la Sesión:

- ▶ Conocer e identificar las principales características de las infecciones de transmisión sexual (ITS).
- ▶ Reconocer los mitos y falsas creencias respecto a la transmisión de ITS.
- ▶ Reflexionar acerca de la importancia de la prevención y la adquisición de conductas de autocuidado.

Estrategia de Trabajo:

- ▶ Exposición del tema y asignación de tareas.

Descripción de la Sesión:

A través de una lluvia de ideas, la alumna seminarista recogió aquello que los y las participantes conocían acerca de las ITS. A continuación, realizó una charla educativa sobre las principales ITS, sus síntomas, complicaciones, tratamiento y las formas de prevención.

Al término de la charla educativa, se dividió al grupo en dos subgrupos, al primero de ellos se les proporcionó un set de tarjetas, con nombres de varias enfermedades para que identificaran cuáles correspondían a ITS. Al segundo subgrupo se les entregó un set de tarjetas que contenían dibujos de situaciones diversas y debían decidir en cuáles de ellas se podría transmitir el VIH.

Finalmente, se cierra la actividad con una prueba de conocimientos.

3.- Análisis Grupal de la Actividad:

Metodología de Trabajo: Al igual que la vez anterior, ésta sesión se desarrolló utilizando una estrategia de trabajo grupal que permitiera la reflexión y análisis de la temática propuesta, la cual resultó acertada puesto que mediante la interacción de los/as participantes se obtuvieron los resultados esperados.

Dinámica Grupal: Hubo interés de los/as participantes sobre la temática abordada, demostrado a través de la atención y escucha durante la charla educativa efectuada por la alumna seminarista y por la disposición para realizar el ejercicio práctico.

Rol de los y las Participantes: Se percibió un progreso en el grado de conocimientos que tenían los/as participantes previo a la actividad, ya que en la lluvia de ideas que se llevó a cabo para identificar los conocimientos que tenían sobre las ITS, se observó que éstos eran escasos, asociándolas solamente al SIDA y a las relaciones sexuales, y posteriormente, consiguieron identificar diversas enfermedades que corresponden a ITS y las formas de transmisión de las mismas, cumpliéndose los objetivos planteados.

Rol de la Facilitadora: En esta sesión, es posible señalar que la alumna seminarista se vio mayormente posesionada de su rol educativo.

4.- Análisis Teórico Conceptual de la Actividad:

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Problemáticas de Salud de los Adolescentes</p>	<p>Durante la adolescencia, los cambios biológicos y emocionales ligados a la sexualidad requieren de guías que aseguren que los adolescentes desarrollen conductas y actitudes saludables, ya que se acentúan las necesidades sexuales, las cuales pueden desarrollarse satisfactoriamente en el marco de una sexualidad sana, pero también pueden ser el origen de situaciones de riesgo, siendo una de las más graves la adquisición de infecciones de transmisión sexual.</p> <p>En este sentido, los contenidos abordados durante la actividad fueron proporcionados de forma pertinente, ya que en la adolescencia este grupo de enfermedades es relevante dada su alta prevalencia en relación con otros grupos etarios, por lo que es necesario que conozcan básicamente estas cuestiones y, sobre todo, tenerlas presentes para evitar que los riesgos se conviertan en problemas.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva</p>	<p>Para los adolescentes, la salud reproductiva es el estado dentro del cual pueden cumplir su sexualidad y sus funciones reproductivas libres de riesgo, en este sentido la actividad realizada intentó incrementar los conocimientos de los/as participantes sobre las ITS más comunes, sus mecanismos de transmisión y las conductas que favorecen la transmisión, dentro de un contexto global de formación sobre salud sexual y reproductiva con el fin de que sepan cómo cuidarse y disminuir los riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual.</p> <p>Así también, se promovió la utilización del preservativo como el método más seguro para prevenir las ITS, el cual incluso evita la infección por V.I.H. y entre otras acciones que previenen los riesgos asociados a las relaciones sexuales se estimuló la adquisición de actitudes y hábitos de conductas saludables como tener una sola pareja sexual y ser mutuamente fieles, prevenir el abuso de alcohol y drogas, porque favorecen las relaciones sexuales casuales sin uso del condón y la consulta ginecológica.</p>



EVALUACIÓN PROFESIONAL DEL CICLO I DE INTERVENCIÓN

A. Escuela Ministro Zenteno.

❖ Evaluación por Fases.

▪ Fase I:

Fase	Objetivo Específico	Indicador	Medio de Verificación	Nivel de Cumplimiento
Diagnóstico Participativo de Necesidades en Salud Adolescente	Identificar los problemas y percepciones asociadas a salud sexual y reproductiva y convivencia escolar en los establecimientos educacionales participantes del proceso, para llevar a cabo la promoción de salud adolescente.	Al término de esta fase: -Se habrán detectado los principales problemas y percepciones en salud adolescente. -Se habrán reconocido los recursos y fortalezas con que cuentan cada una de las escuelas para abordar las problemáticas de salud adolescente. -Se habrán priorizado para la intervención, los tópicos en materia sexual y de convivencia escolar que constituyen problemáticas desde la perspectiva de salud.	-Registros de Intervención. -Registros Fotográficos.	Se alcanza el 100% de los indicadores de cumplimientos definidos para la fase.
TOTAL				100% Logrado
Juicio Evaluativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Potencialidades del Proceso: ✓ La actividad realizada representó una instancia para la discusión de las temáticas de Salud Sexual y Reproductiva y Convivencia Escolar en los diferentes estamentos, consiguiendo involucrar a todos los actores posibles para promover las prácticas familiares y escolares en el cuidado de la salud adolescente. ✓ La incorporación del estamento docente en el proceso permitió fortalecer la articulación entre la escuela y el centro de salud para responder efectivamente a las problemáticas de salud adolescente. 			

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vulnerabilidades del Proceso: ✓ Menor convocatoria del estamento padres y apoderados. ✓ Limitada identificación de recursos y fortalezas con que cuentan los estamentos para abordar las problemáticas de salud adolescente. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Juicio Evaluativo Respecto del Objetivo: <p>El objetivo se considera <i>logrado</i>, puesto que se consigue cumplir con los tres indicadores propuestos en esta fase, en tanto que se consiguió convocar a la comunidad educativa y recoger de ella la información necesaria para llevar a cabo la intervención directa con los adolescentes.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- **Fase II:**

Fase	Objetivo Específico	Indicador	Medio de Verificación	Nivel de Cumplimiento
Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva.	Al término de esta fase: -El 75% de la población beneficiaria demuestra comprensión en los siguientes contenidos: <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo y Sexualidad de los Adolescentes. • Embarazo Adolescente. • La Regulación de la Fecundidad. • ITS. 	-Registros de Intervención. -Registros Fotográficos. -Prueba de Medición de Contenidos Formativos.	Se alcanza el 75% de los indicadores de cumplimientos definidos para la fase.
TOTAL				75% Logrado
Juicio Evaluativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Potencialidades del Proceso: ✓ El proceso socioeducativo se realizó tomando en cuenta el diagnóstico inicial, es decir, de acuerdo a los intereses y necesidades de los/as participantes. ✓ Se incursionó en los temas más relevantes que giran alrededor de la vida 			

	<p>sexual y reproductiva del adolescente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La metodología y las técnicas educativas elegidas favorecieron la comunicación horizontal, la discusión de puntos de vista, así como la reflexión de los/as participantes en relación a los contenidos desarrollados. ✓ Presentación del proceso socioeducativo a realizar a padres y apoderados en una de sus reuniones mensuales, recibiendo su aprobación y apoyo.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Buena disposición de los/as participantes para profundizar conocimientos, para aprender nuevos y reflexionar sobre ellos, en especial por parte de las alumnas, quienes demostraron mayor interés en las actividades realizadas. ✓ Buena disposición de la Directora y Profesora Jefe del grupo curso para llevar a cabo las sesiones de intervención. <p style="margin-left: 40px;">▪ Vulnerabilidades del Proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Interrupciones de algunos alumnos en las sesiones de intervención. ✓ Número de sesiones limitado a la disposición de la Escuela y escaso para desarrollar los temas con mayor profundidad y/o para trabajar otros relacionados con la temática. <p style="margin-left: 40px;">▪ Juicio Evaluativo:</p> <p>El objetivo se considera <i>logrado</i>, puesto que los/as participantes demostraron haber incorporado aspectos esenciales para una adolescencia sexualmente saludable, como entender los cambios puberales y considerarlos normales, discriminar entre las conductas sexuales que enriquecen la vida y aquéllas que son perjudiciales para sí mismo y/o para los demás, comprender las consecuencias de sus acciones, entre otros. Al mismo tiempo, el proceso socioeducativo representó un espacio para que los/as participantes recibieran información que les permitiera aclarar sus dudas sobre los temas relativos a la salud sexual y reproductiva y favoreciera la toma de decisiones informada.</p>

❖ Evaluación del Tiempo:

▪ Tabla Gantt: Tiempo Programado - Tiempo Real.

FASES	TIEMPO (SEMANAS)															
	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Diagnóstico Participativo de Necesidades en Salud Adolescente		♣	♣	♣	♣	♥	♥	♥								
		♦		♦												
Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva									♣	♣	♣	♣	♥	♥	♥	♥
									♦	♦	♦	♦				
Juicio Evaluativo	<p>A partir de lo expuesto en la Tabla Gantt, es posible afirmar que ambas fases de trabajo se llevaron a cabo de acuerdo a los tiempos programados. En cuanto a la primera fase, el diagnóstico de docentes se realizó en la segunda semana de Septiembre y los diagnósticos correspondientes a alumnos/as y a padres y apoderados se llevaron a cabo en la cuarta semana de Septiembre. En lo que respecta a la segunda fase de trabajo, sólo es posible mencionar un cambio de día durante la última semana de Noviembre, debido a que los alumnos y alumnas tenían una actividad extracurricular paralela a la sesión de intervención de ese día.</p> <p>La concordancia entre el tiempo programado y el tiempo real se presume por la buena disposición de la escuela en colaborar con la intervención.</p>															

NOMENCLATURA					
♣	Tiempo Programado	♥	Tiempo de Holgura	♦	Tiempo Real

❖ Evaluación de los Recursos:

	DESCRIPCIÓN
Recursos Humanos	<p>Para la realización de la intervención profesional se requirió de los siguientes recursos humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alumnos y Alumnas participantes del proceso. • Equipo Directivo y Docente. • Alumna Seminarista.
Juicio Evaluativo	<p>En cuanto a los alumnos y alumnas, éstos demostraron buena disposición durante las sesiones de intervención, demostrándose la importancia de esta temática en su actual etapa de desarrollo y el deseo de informarse para utilizarlas a su favor. No obstante, hubo un grupo de alumnos que en algunas sesiones distrajo a sus compañeros con su desorden. En lo referente a los profesionales de la escuela, éstos favorecieron el proceso de intervención, destacándose por su disponibilidad e interés para llevar a cabo cada una de las actividades propuestas. Por último, la alumna seminarista fue la responsable por una parte de diseñar y ejecutar las sesiones socioeducativas con los alumnos y alumnas de las escuelas participantes del proceso, con el objetivo de promover una reflexión sobre las principales problemáticas de salud que los afecta.</p>
Recursos Materiales	<p>Para la realización de la intervención profesional se requirió de los siguientes recursos materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarjetas Didácticas. • Papelógrafos. • Implementos de Vestuario. • Material Digital (Power Point, Videos). • Material Fungible (Impresiones, Plumones, Scotch). • Cámara Fotográfica
Juicio Evaluativo	<p>Los materiales utilizados por los participantes en cada una de las actividades fueron proporcionados y en su mayoría elaborados por la alumna seminarista. Todos estos recursos se consideran que fueron los adecuados para llevar a cabo las actividades, ya que se escogieron partiendo de la base de que fueran didácticos y que llamaran la atención de los participantes. Sin embargo, en alguna oportunidad los materiales utilizados por los participantes no fueron manipulados por todos los integrantes de los subgrupos designados, evidenciándose su insuficiencia.</p>
Recursos Institucionales	<p>Para la realización de la intervención profesional se requirió de los siguientes recursos institucionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sala Multiuso. • PC y Data Show.
Juicio Evaluativo	<p>La escuela dispuso de una sala multiuso para realizar la intervención profesional, resultando adecuada para el desarrollo de las actividades, en términos de tamaño. Asimismo, proporcionó PC y Data Show para exponer el material digital, sin embargo, el proyector presentaba un desperfecto, por lo que en algunas ocasiones la imagen que se intentaba mostrar no se vio en forma óptima.</p>



B. ESCUELA BÁSICA LA PARVA



COLECTIVO DE TRABAJO: DOCENTES

FASE I: DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

Fase	Objetivo Específico	N° de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Diagnóstico Participativo de Necesidades en Salud Adolescente	Identificar las problemáticas y percepciones asociadas a salud sexual y reproductiva y convivencia escolar en los establecimientos educacionales participantes del proceso, para llevar a cabo la promoción de salud adolescente.	Sesión N°1: “Conversemos de lo que nos pasa”	-Presentación de la alumna seminarista. -Se recogerá información asociada a Salud Sexual y Reproductiva y Convivencia Escolar, mediante una conversación libre e informal con los participantes de la sesión, quienes revelarán sus ideas y sentimientos sobre estos temas.	Humanos: -Alumna Seminarista. -Docentes Participantes. Materiales: -Sala Multiuso. -Tarjetas Didácticas. -Hojas y lápices. -Plumón y Pizarra. -Cámara Fotográfica.	Fecha: 14 de Septiembre de 2009. Hora: 16:00 hrs. Duración: 1 hora 30 minutos. Lugar: Escuela La Parva.	-Grupos de Discusión. -Lluvia de Ideas. -Preguntas de Reflexión.

REGISTRO DE DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Docentes
Fecha	28 de Octubre de 2009.
Hora	16:00 hrs.
Lugar	Escuela La Parva
Nº de Participantes	1 Docente
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivo de la Sesión:

- ▶ Identificar las problemáticas y percepciones asociadas a salud sexual y reproductiva y convivencia escolar en los establecimientos educacionales participantes del proceso, para llevar a cabo la promoción de salud adolescente.

Estrategia de Trabajo:

- ▶ Diálogo en torno a las problemáticas de salud adolescente.

Descripción de la Sesión:

La sesión comienza con la presentación de la alumna seminarista y posterior explicación de la entrevista a realizar a la docente, señalando los intereses y expectativas de la conversación.

3.- Análisis de la Actividad:

Primer Eje Conceptual: Problemáticas de Salud Adolescente.

▪ Salud Sexual y Reproductiva:

La docente considera el tema de la Salud Sexual y Reproductiva como relevante, pues está consciente de que los y las alumnas necesitan información para prevenir situaciones conflictivas relacionadas con la sexualidad, con mayor razón cuando intuye que en su grupo curso (7° año) hay alumnos/as que ya se han iniciado sexualmente.

Ahora bien, resulta evidente que existen numerosas escuelas que se sienten comprometidas con la temática de la sexualidad. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la multiplicidad de demandas que reciben las escuelas y los docentes, aparece como el argumento por el cual este tema se posterga o se “deja de lado”. En cualquier caso, es necesario que los docentes puedan contar con las herramientas pedagógicas que les permitan desarrollar este tipo de contenidos.

Respecto a los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva que ha enfrentado la docente, señaló: “Un día, una alumna trajo un condón, lo infló como un globo y todo el curso se puso a jugar con él, no pude quitárselos y cuando le pregunté a la alumna por qué lo había traído, me contestó que un compañero quería saber cómo eran, porque quería comenzar a utilizarlos”. Otra situación comentada fue el caso de una alumna de octavo que

fue mamá. La profesora, señaló: *“Esa experiencia, sirvió para que los/as alumnos/as pensarán en su proyecto de vida y que lo ideal es que tengan hijos cuando estén mejor preparados para ser padres”*.

Asimismo, expresa que muchos apoderados/as prácticamente han dejado a la escuela la responsabilidad de formar a sus hijos en la sexualidad. Si bien, la docente se siente preparada para responder a las necesidades de información de sus alumnos/as, considera que es necesario que las familias tomen mayor parte en la educación sexual de sus hijos, ya que éstos suelen buscar información en los pares o en internet.

Claramente, la educación de la sexualidad constituye una práctica que no sólo atañe a las escuelas, también resulta una tarea de las familias, puesto que una de sus funciones es formar a los hijos, y por lo tanto también en aspectos relativos a su sexualidad, ya que, explícita o implícitamente, en el marco de las familias, los niños aprenden una serie de valores y comportamientos relacionados con la sexualidad.

En cuanto a las acciones que han implementado en este establecimiento para abordar el tema de la salud sexual y reproductiva, la docente se refiere a los contenidos entregados desde la Unidad: Visión Integrada de la Sexualidad, de la Asignatura Estudio y Comprensión de la Naturaleza, la cual centra su atención en los rasgos propios de la pubertad y la adolescencia y en los factores biológicos, psicológicos y sociales que inciden en el desarrollo de la sexualidad.

Sin embargo, dicha unidad se trabaja sólo en 7° año básico. El problema de que el acompañamiento y la orientación de los docentes y otros adultos significativos no se tornen una práctica sistemática, deja a los adolescentes a merced de los contenidos sexuales que entregan los medios de comunicación o los amigos, sin ofrecer los espacios necesarios para reflexionar y asumir actitudes y comportamientos de autocuidado. Por lo mismo, y como se señala anteriormente, es frecuente que los adolescentes comenten sus dudas e impresiones acerca de la sexualidad con sus amistades mucho más que con los adultos.

En cuanto al resultado de esas acciones, la docente cree que si bien ha ofrecido a sus alumnos y alumnas algunos conocimientos para el cuidado de su sexualidad, considera que no son suficientes. Y respecto a la identificación de fortalezas y recursos para abordar el tema con los alumnos, la docente expresa que se siente capacitada para hacerlo, aunque reconoce que no es cuantioso el tiempo que le dedica, así como contar con un psicólogo en la escuela.

En la educación sexual, el papel del docente es central, ya que en muchas familias esto no se practica, es por esto que los docentes deben disponer espacios para conversar y promover situaciones de confianza con sus alumnos/as para poder ofrecer las respuestas a las dudas que tienen y para propiciar actitudes de autocuidado y responsabilidad.

Finalmente, en consideración a los recursos identificados, la docente considera que la forma de abordar la salud sexual y reproductiva con los adolescentes sería ampliando los conocimientos que suelen entregarse en una sola asignatura, invitando a los/as apoderados/as a que se acerquen a la escuela para buscar espacios de conversación en torno a la sexualidad y coordinar con especialistas para mejorar sus conocimientos, los de los/as alumnos/as y los de sus familias en esta temática.

- **Convivencia Escolar:**

En opinión de la docente entrevistada, abordar el tema de la convivencia escolar es fundamental para promover relaciones respetuosas entre todos quienes forman parte de la comunidad escolar.

Entre los problemas relacionados con la violencia que usualmente se dan en la convivencia diaria, la docente señaló las conductas disruptivas (indisciplina), la violencia material, la violencia verbal y física. Siendo el aspecto más destacado el lenguaje grosero y agresivo.

Desde el punto de vista de la docente, los comportamientos y actos violentos de los alumnos van unidos, frecuentemente, a situaciones difíciles personales y familiares, teniendo en cuenta que la mayor parte de estos alumnos provienen de familias desestructuradas, con padres que trabajan todo el día, con violencia intrafamiliar, entre otras características que afectan mucho al trato y educación que les dan a sus hijos.

De este modo, los alumnos que viven en este tipo de familias interiorizan muy pronto el lenguaje de la violencia y lo interpretan como el único medio de comunicación eficaz.

Respecto a las acciones que han realizado en este establecimiento para abordar la violencia escolar y mejorar la convivencia, la docente indica que han llevado a cabo charlas educativas tanto a alumnos como a apoderados en las reuniones mensuales, además los casos más complejos son derivados al psicólogo de la escuela para recibir ayuda especializada y recientemente se ha integrado un asistente social que apoyaría esta labor. Sin embargo, la docente considera que los resultados de estas acciones no han sido suficientes, ya que los problemas de convivencia continúan, estimando que la colaboración de los padres para solucionar los problemas de violencia escolar es escasa. Ella ve a los apoderados débilmente comprometidos con la educación de sus hijos, comenta que los apoderados se preocupan de los alumnos en edades tempranas, pero en la etapa de la adolescencia la presencia activa de los padres disminuye fuertemente, situación que se evidencia en las frecuentes inasistencias a las reuniones de apoderados.

Entre los recursos identificados para abordar el tema, la docente dio cuenta de la presencia de especialistas en la escuela que brindan apoyo psicosocial a los alumnos. En este sentido, además de la adopción de medidas grupales, se otorga atención personal a cada alumno.

En consideración a los recursos identificados, la docente sostiene que la forma en que se puede abordar el problema es a través de la implicación de toda la comunidad educativa, procurando que las personas que integran la escuela (alumnos, profesores, paradocentes, etc.) tomen parte en distintos acontecimientos enriquecedores del ambiente, es decir la participación no puede reducirse a las actividades del aula, sino que el intercambio en otro tipo de actividades que se producen con motivo de aniversarios, de fiestas, de graduaciones, etc., resulta muy beneficioso para la convivencia, junto con lo anterior es pertinente otorgar capacitación a los alumnos determinados para manejar conflictos.

Por último, respecto a lo que pueden hacer los docentes para mejorar la convivencia en la escuela y ligado con lo anterior está, la necesidad de trabajar en común y coordinadamente todos los miembros de la comunidad educativa, especialmente profesores y familia, como punto inicial previo, para los tratamientos preventivos de los problemas de convivencia.



**COLECTIVO DE TRABAJO: PADRES Y
APODERADOS/AS**

FASE I: DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

Fase	Objetivo Específico	Nº de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Diagnóstico Participativo de Necesidades en Salud Adolescente	Identificar las problemáticas y percepciones asociadas a salud sexual y reproductiva y convivencia escolar en los establecimientos educacionales participantes del proceso, para llevar a cabo la promoción de salud adolescente.	Sesión N°1: “Conversemos de lo que nos pasa”	-Presentación de la alumna seminarista. -Se recogerá información asociada a Salud Sexual y Reproductiva y Convivencia Escolar, mediante una conversación libre e informal con los participantes de la sesión, quienes revelarán sus ideas y sentimientos sobre estos temas.	Humanos: -Alumna Seminarista. -Apoderados/as Participantes. Materiales: -Sala Multiuso. -Tarjetas Didácticas. -Hojas y lápices. -Plumón y Pizarra. -Cámara Fotográfica.	Fecha: 01 de Octubre de 2009. Hora: 08:00 hrs. Duración: 1 hora 30 minutos. Lugar: Escuela La Parva.	-Grupos de Discusión. -Lluvia de Ideas. -Preguntas de Reflexión.

REGISTRO DE DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Padres y Apoderados/as
Fecha	23 de Octubre de 2009
Hora	08:00 hrs.
Lugar	Escuela La Parva
Nº de Participantes	11 Apoderadas
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivo de la Sesión:

- ▶ Identificar las problemáticas y percepciones asociadas a salud sexual y reproductiva y convivencia escolar en los establecimientos educacionales participantes del proceso, para llevar a cabo la promoción de salud adolescente.

Estrategia de Trabajo:

- ▶ Presentación y discusión en grupos de las problemáticas de salud adolescente.

Descripción de la Sesión:

Se dio inicio a la sesión con la presentación de la alumna seminarista, la presentación del objetivo de la actividad y el tiempo destinado para su desarrollo. A continuación, se dio entrega a las participantes de un set de tarjetas que contenían preguntas relacionadas con la temática de Salud Sexual y Reproductiva, indicándoles que era necesario que cada apoderada reflexionara en torno a ellas, primero individualmente y que luego intercambiaran sus sentimientos y opiniones en una instancia grupal.

Al finalizar el diálogo, la alumna seminarista recogió las principales percepciones e invitó a las apoderadas a la siguiente actividad, de iguales características que la anterior, pero ésta vez enfocada en la temática de Convivencia Escolar.

3.- Análisis de la Actividad:

Primer Eje Conceptual: Problemáticas de Salud Adolescente.

▪ Salud Sexual y Reproductiva:

En cuanto a la relevancia que tiene la salud sexual y reproductiva en sus respectivas familias, el conjunto de las participantes admitió que éste es un tema importante, poniendo especial énfasis a las consecuencias de no hacerlo: *“tienen que saber sobre estos temas, sobre todo en la adolescencia, para que no tengan que enfrentarse a problemas o «sorpresas» por ignorancia o inmadurez”, “tiene mucha importancia para prevenir que cometan errores que a futuro pueden resultar fatales”, “yo les explico a mis hijas las consecuencias de lo que conlleva el creerse adultos, lo que le sucede a una jovencita si no se cuida”.*

Respecto a proporcionar información, contestar preguntas y escuchar mensajes que los hijos quieren compartir sobre diversos temas de salud sexual y reproductiva, hubo diversas declaraciones, en algunos casos se afirmó que a nivel familiar siempre se está hablando sobre el tema, en otros casos, se sostuvo que el tema ha sido conversado en alguna oportunidad, pero que no es algo que se haga a menudo, y en otros casos, lamentablemente se reconoció que el tema no se ha hablado aún.

Los motivos que expresaron las apoderadas para no tocar el tema todavía dicen relación con que sus hijos no realizan preguntas o muestran intención de conversar sobre estos temas: *“se proporciona información, pero todavía no existen mensajes sobre sexualidad”, “no hablamos de esto muchas veces, porque los adolescentes son poco comunicativos y generalmente hablan estos temas con los amigos, y los padres generalmente le hacen el quite al tema sexual”, “todo a su edad, pero ellos como hijos no se comunican”.*

Para ello, es necesario contar con una comunicación eficaz entre madres e hijos/as, para que los adolescentes traten la sexualidad como un proceso natural. Asimismo, antes que exigir que el hijo sea confidente, lo primero es que los padres estén abiertos a dar información y recibir de vuelta.

Otro punto discutido, fue el rol que cumplen los madres frente al tema de la sexualidad y las apoderadas coincidieron en que son los padres la fuente de información más adecuada para conversar con los hijos de estos temas, considerando que como madres deben capacitarse y saber cómo ir transmitiendo la información a sus hijos a medida que van creciendo, sin tener vergüenza ni hacer del sexo un tabú.

Al mismo tiempo, consideran que la escuela tiene cierta responsabilidad en apoyarlos en esta labor, ya que para muchos madres abordar el tema de la sexualidad significa algo complejo, porque no tuvieron una educación sexual, y por tanto no se sienten suficientemente capacitados para hacerlo : *“muchas veces nos da un poco de pudor responder ciertas inquietudes de nuestros hijos... y además en ocasiones no existe una confianza necesaria para hacerlo”, “...más fácil es dejar a la escuela dichas enseñanzas”.*

Una de las principales trabas a la hora de hablar sobre sexualidad es que no se sabe de qué hablar con sus hijos, porque ellos mismos no conocen el tema en profundidad. Pero, debe tenerse en cuenta que el adolescente ya sabe ciertas cosas y lo que el padre o la madre deben hacer es sólo organizar la información que él ya tiene, es decir, no es necesario darle mucha más información, como frecuentemente se cree.

Respecto a las acciones que han efectuado las apoderadas para abordar el tema con sus hijos, algunas refieren no haber tomado alguna hasta ahora, porque no han tocado el tema aún o porque no se han producido problemas de ésta índole en su familia. Mientras que la mayoría señaló haber tomado algunas, tales como: haber conversado con sus hijos de ciertos temas, como el uso de métodos anticonceptivos y las infecciones de transmisión sexual; informarse sobre contenidos que les ayudaran a contestar las preguntas de sus hijos; tocar el tema con sutileza para que los hijos sientan la confianza de hacer preguntas y comentarios; conversar en instancias en que los hijos se encuentran con sus amigos y así conducir el tema de forma más relajada; y tocar el tema cuando se conoce del caso de alguien que haya sufrido alguna consecuencia de vivir la sexualidad de forma inadecuada.

Entre las fortalezas y recursos que identificaron las apoderadas para abordar el tema con los

hijos, señalaron: las vivencias personales y experiencia que se han adquirido a lo largo de la vida para transmitírselas a sus hijos y sacar lo positivo de ellas, la confianza y respeto para conversar del tema, el reconocimiento de que los padres también han pasado por la adolescencia, momento en que surgen las inquietudes sexuales y también la colaboración que pueda brindar la escuela, el centro de salud y, en algunos casos los programas de televisión e internet.

▪ **Convivencia Escolar:**

Respecto a la relevancia de esta temática, las apoderadas señalaron que es un tema importante al considerar que hoy en día los alumnos son más violentos que los de generaciones anteriores. Como causas de esto mencionaron, la edad, la ausencia de presencia adulta que acompañe y supervise a los hijos debido a que ambos padres trabajan, la sociedad que se ha tornado más violenta, la influencia negativa de contenidos violentos a través de los medios de comunicación (TV, videojuegos e internet) y el ambiente familiar excesivamente permisivo que favorece los comportamientos violentos.

A partir de estas afirmaciones, se observan las circunstancias y presiones exclusivas de ésta época que afrontan los adolescentes y que si no reciben la dirección apropiada, pueden caer con facilidad en diversos tipos de conducta destructiva.

En cuanto a la forma en que el comportamiento violento de los alumnos es apoyado o desalentado por el ambiente escolar y familiar, la mayoría de las apoderadas coincidieron en que más bien el comportamiento violento es desalentado, tanto por la escuela como por la familia, a través del fomento del respeto, de las normas, de la ayuda de especialistas (psicólogos), pero principalmente por el apoyo familiar: *“un hogar bien constituido, en donde sobre todo prime el amor, claramente desalentará la violencia de los niños...”*, *“el ambiente del hogar debe ser de respeto, para que ellos lo hagan igual en todo sitio”*.

En efecto, el entorno familiar representa la fuente más adecuada para fomentar actitudes de convivencia, tolerancia, educación para la paz y control de la agresividad y la violencia.

Respecto al tipo de problemas relacionados con la violencia escolar que han enfrentado con sus hijos, la mayoría de las apoderadas indicó no haber tenido alguno hasta ahora, observándose que la violencia percibida por ellas es escasa y principalmente de dos tipos: verbal y física, ya que los tipos de violencia referidos fueron coincidentes: *“sobre todo garabatos”*, *“peleas con otros niños”*. Lo cual se relaciona con la opinión que tienen sobre las diferencias de comportamiento que manifiestan algunos alumnos, en el colegio (violentamente) y en el hogar.

En cuanto a las acciones que han realizado para resolver los problemas de violencia escolar, las apoderadas señalaron que conversan con sus hijos acerca del tema y tratan de darles confianza para que les cuenten lo que les pasa en el colegio y así evitar cualquier problema de tipo bullying, mientras que cuando son ellos los autores o partícipes de actos violentos se les castiga con las actividades recreativas, al mismo tiempo que se les conversa y enseña la resolución de conflictos a través de la no violencia.

En relación a la convivencia en la escuela, las apoderadas consideran que ésta es buena, señalando la existencia de problemas de vez en cuando, y que no es nada grave que no se

pueda controlar. Sólo una de ellas estimó que era regular, debido a que su hija era agredida verbalmente por una de sus compañeras. Diferenciándose de la opinión general que tienen tanto alumnos como docentes, quienes juzgaron que la convivencia en la escuela era regular.

Respecto a cómo han contribuido, desde su rol, para que la convivencia sea así, las apoderadas dieron cuenta de la necesidad de implicarse en los asuntos de los hijos, de estar atentos a las señales de alerta que revelen que los hijos puedan estar siendo maltratados en la escuela, enseñándoles valores y generando un buen ambiente familiar.

Por último, al preguntárseles por la forma en que pueden mejorar la convivencia en la escuela, las apoderadas señalaron que es posible hacerlo enseñándoles a sus hijos desde pequeños a respetar a todas las personas y estrechando el vínculo con los profesores.



COLECTIVO DE TRABAJO: ALUMNOS Y ALUMNAS

FASE I: DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

Fase	Objetivo Específico	Nº de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Diagnóstico Participativo de Necesidades en Salud Adolescente	Identificar las problemáticas y percepciones asociadas a salud sexual y reproductiva y convivencia escolar en los establecimientos educacionales participantes del proceso, para llevar a cabo la promoción de salud adolescente.	Sesión N°1: “Conversemos de lo que nos pasa”	-Presentación de la alumna seminarista. -Se recogerá información asociada a Salud Sexual y Reproductiva y Convivencia Escolar, mediante una conversación libre e informal con los participantes de la sesión, quienes revelarán sus ideas y sentimientos sobre estos temas.	Humanos: -Alumna Seminarista. -Alumnos/as Participantes. Materiales: -Sala Multiuso. -Tarjetas Didácticas. -Hojas y lápices. -Plumón y Pizarra. -Cámara Fotográfica.	Fecha: 14 de Septiembre de 2009. Hora: 14:00 hrs. Duración: 1 hora 30 minutos. Lugar: Escuela La Parva.	-Grupos de Discusión. -Lluvia de Ideas. -Preguntas de Reflexión.

REGISTRO DE DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Alumnos/as de 7° y 8° Básico
Fecha	14 de Septiembre de 2009
Hora	14:00 hrs.
Lugar	Escuela La Parva
N° de Participantes	16 Alumnos/as
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivo Específico de la Sesión:

- ▶ Identificar las problemáticas y percepciones asociadas a salud sexual y reproductiva y convivencia escolar en los establecimientos educacionales participantes del proceso, para llevar a cabo la promoción de salud adolescente.

Estrategia de Trabajo:

- ▶ Presentación y discusión en grupos de las problemáticas de salud adolescente.

Descripción de la Sesión:

La sesión comienza con la presentación de la alumna seminarista y posterior explicación de la actividad a realizar. De esta forma, se divide a los participantes en 4 grupos de 4 alumnos/as cada uno y se les entrega un set de tarjetas que contenían preguntas relacionadas con la sexualidad, frente a las cuales cada grupo debía responder para luego comentar y opinar con el resto de los grupos sus percepciones y reflexiones en un contexto de conversación abierta y distendida.

3.- Análisis de la Actividad:

Primer Eje Conceptual: Problemáticas de Salud Adolescente.

▪ Salud Sexual y Reproductiva:

En cuanto al desarrollo de la actividad, la cual invitaba a los participantes a reflexionar acerca de su situación de salud sexual y reproductiva para identificar los principales problemas en esta materia, es posible mencionar que este ejercicio fue de utilidad para conocer algunas creencias de los alumnos/as en torno a la sexualidad.

Al respecto, se pudo constatar que los alumnos/as conocen cuáles son las situaciones de riesgo para que se produzca un embarazo no deseado y también muestran claridad frente al hecho de por qué habiendo información y acceso a métodos anticonceptivos esto sucede con tanta frecuencia, señalando que los embarazos no deseados se producen en primer lugar por la irresponsabilidad de las parejas, quienes no muestran intención de protegerse; en segundo y tercer lugar indican la falla de los preservativos y la vergüenza de adquirirlos en farmacias o

consultorios. Además, fue de interés comprobar que a pesar de tener conocimientos de las situaciones de riesgo que conllevan a un embarazo no deseado, crean en ciertos mitos sexuales, como que una forma de evitarlo sea a través del coito interrumpido, método que se practica con mucha frecuencia por adolescentes, pero que tiene una elevada tasa de fracasos. Sin duda, la ventaja es que no representa ningún costo, teniendo en cuenta que los adolescentes disponen en general de pocos recursos económicos, además el carácter esporádico de las relaciones sexuales en esta etapa de la vida dificulta aún más el uso de anticonceptivos.

Por otra parte, cuando se indaga acerca de la edad ideal y los motivos para iniciarse sexualmente el grupo de participantes demuestra escasa orientación al argumentar que su motivación principal es el deseo de incursionar, *"cuando nos den ganas, sea la edad que sea"*. Con menor respaldo algunos señalaron *"cuando se esté seguro de hacerlo"* y *"después del matrimonio"*.

Cuando se preguntó si tener relaciones sexuales a su edad constituía un riesgo, los participantes respondieron que no, porque ya se sentían preparados para hacerlo. Esto lleva a reflexionar acerca de la sexualidad temprana y sus riesgos, ya que, iniciarse sexualmente expone a los adolescentes no sólo a un evento psicológico sino que también a embarazos no deseados y diversas enfermedades de transmisión sexual, que en la mayoría de los casos son originados por la falta de información sobre los métodos de protección correspondientes.

Respecto al hecho de imaginarse la situación de ser padres o madres a su edad tuvo mayor aceptación la opción de hacerse cargo de la crianza del hijo *"tendría el bebé y lo criaría yo misma"*, *"lo tendría, continuaría estudiando y me pondría a trabajar"*. Sin embargo, en este grupo, las alumnas manifestaron mayor temor frente a la maternidad adolescente, algunas respuestas que lo expresan fueron *"Me Suicidaría"*, *"Mi mamá me mataría"*, *"Abortaría"*.

Estas respuestas reflejan que hoy en día los jóvenes encuentran una mayor aceptación por parte de la sociedad para ser activos sexualmente, pero un embarazo sigue siendo condenado. De esta forma, cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por la vida propia o la del hijo que está por nacer, si bien el suicidio y el aborto a veces aparecen como un supuesto más teórico que real.

Además, los participantes afirmaron sentir que hay diferencias en la forma en que hombres y mujeres perciben sus funciones de género y los efectos que estas funciones tienen en su sexualidad, basada en una cultura machista. Al respecto, las alumnas dijeron que ciertas actitudes o conductas sexuales eran inaceptables para las mujeres "respetables" y que podían dañar su reputación, siendo etiquetadas como "fáciles" o "tal por cual". Los alumnos, por su parte, señalaron que lo que se espera de ellos es que tengan contactos sexuales y que quienes no los tienen son desacreditados por la sociedad.

A la hora de hablar sobre sexualidad los participantes señalan principalmente a los amigos como fuente de información sexual. De hecho, para muchos adolescentes suele ser el grupo de iguales el que asesora y transmite información sexual cuando tienen dudas y problemas, especialmente cuando se inicia una relación de pareja, aunque a veces sea inadecuada.

Sin embargo, del mismo modo que para el grupo de la otra escuela, los participantes consideran que sus padres serían la mejor fuente para obtener esta información. Esto pone de manifiesto la incomunicación que hay entre padres e hijos en cuestiones sexuales, aún cuando

los adolescentes sienten mayor confianza con sus padres para tratar los temas de sexualidad.

Finalmente, el tema que más interesa a los participantes es el embarazo adolescente, pues, las consecuencias que se derivan de un embarazo de este tipo son muy numerosas. En este sentido, el embarazo en adolescentes es un tema que requiere más educación y apoyo para alentar a las y los adolescentes a retrasar la maternidad y paternidad hasta que estén preparados.

- **Convivencia Escolar:**

Dentro del objetivo específico en que se enmarca la actividad, este segmento de la sesión estuvo orientado a que los participantes reflexionaran sobre la presencia de violencia en el ámbito escolar, con la intención de sintetizar su perspectiva acerca del tema e identificar los principales problemas en esta materia, es posible mencionar que este ejercicio fue de utilidad para conocer cómo definen estos alumnos y alumnas la violencia escolar, así como causas y características de las manifestaciones violentas que se producen al interior de su escuela.

Para comenzar, se consultó a los participantes si creían que en su escuela existían normas claras de convivencia, si estas eran suficientes y conocidas por toda la comunidad escolar. Al respecto, ellos reconocieron la existencia de normas de convivencia y señalan que no todos las respetan aludiendo a que esos alumnos: *“no están ni ahí”*.

Frente a esto, es imprescindible que los integrantes de la comunidad escolar además de conocer los valores y normas que caracterizan la cultura escolar existente, comprendan su significado y defiendan la necesidad de incorporar los referidos valores a la actuación diaria.

Seguidamente, tratando de que los participantes aportaran algunas ideas sobre lo que diferencia a un grupo de alumnos que agreden o molestan a sus compañeros de otros grupos de alumnos que se dedican a realizar actividades solidarias. Los participantes señalaron que la diferencia se encuentra en que: *“quienes realizan acciones solidarias tienen apoyo de los padres”*.

Este argumento, lleva a reflexionar sobre la gran influencia que ejerce la familia sobre la formación y/o modificación de las actitudes y conductas de los adolescentes. De esta forma, cuando desde la familia se aprueba e incentiva la conducta agresiva y violenta, el adolescente, actúa con esa idea incorporada, ejerciendo violencia en cualquier situación en la que se sienta amenazado. Al contrario, cuando las prácticas de la familia se basan en el diálogo y la tolerancia, los hijos serán educados en una cultura de la no violencia.

En relación a la posibilidad de que los participantes pudieran presenciar violencia en su propia escuela, la totalidad de los participantes señaló haber sido testigo de violencia al interior de su escuela y las causas que identificaron, fueron: *“por envidia”, “porque no se conocen bien y se juzgan por la apariencia”* y *“porque hay juegos que son violentos en sí”*.

Estas afirmaciones reflejan las escasas habilidades que se poseen para convivir con otros y de afrontar los conflictos como es debido. A diferencia de esto, algunos/as alumnos/as se dejan llevar solamente por la apariencia exterior, sin prestar atención a otros aspectos más significativos, como son las cualidades y valores que hacen verdaderamente a la persona. En consecuencia, la envidia e indiferencia basadas en los prejuicios impiden que estos/as

alumnos/as se conozcan en profundidad, lo cual podría originarse si existieran espacios donde los/as alumnos/as fueran estimulados a interactuar pacíficamente en diversos ámbitos.

En cuanto a la forma en la que se emplea la violencia más frecuentemente en esta escuela, los participantes indican que ésta es: *“la broma y la burla”*.

Lo cual nos viene a aclarar la idea de que estos alumnos, no han aprendido a distinguir el verdadero sentido de una buena broma, que en cierto momento, puede resultar hasta placentera. Pero ciertamente, en materia de violencia escolar, donde las bromas, burlas y sobrenombres reducen y hacen risible el “ser”, no se pueden denominar bromas, por el hecho de que una parte fundamental de la persona, se está vulnerando e hiriendo (su físico y/o el más doloroso en estos casos, el psíquico).

Respecto del modo en cómo actúan los alumnos frente a un acto de violencia escolar, los participantes señalan que si bien no apoyan la violencia, sí hacen vista gorda *“No se meten”, “algunos se quedan mirando, pero no los separaran”*.

En este sentido, la violencia entre iguales se ve favorecida por el aislamiento en el que se desenvuelve el propio sistema de compañeros, y tiene en la tolerancia del entorno inmediato un factor añadido que aumenta el riesgo de daño psicológico. Son espectadores todos los que, conociendo el problemas, permiten que estas conductas se repitan y se den continuamente, sin impedirlo.

Otro aspecto desarrollado, fue el proceso de mediación escolar. De acuerdo a los participantes, cada vez que existe una pelea se realiza mediación, sin embargo, señalan que no siempre se alcanzan acuerdos positivos que favorezcan a todas las partes en conflicto debido a que los profesores terminan apoyando a *“sus alumnos favoritos”*.

En relación a lo anterior y pese a la condescendencia con que los participantes abordan la violencia escolar, plantean que una forma para manejar la violencia escolar sería: *“teniendo espacio para conversar, para conocerse más con los demás, porque por eso hay grupos que no se llevan bien”*.

Lo cual viene a confirmar que la transformación del clima escolar en un ambiente distinto, depende fundamentalmente de la capacidad de la escuela de procurar espacios para la convivencia, es decir que se trate de transformar profundamente la concepción de relaciones sociales que imperan en la escuela.

Finalmente, en cuanto a la noción que este grupo de alumnos tiene sobre la violencia al interior de su escuela, la definen en primer lugar como: *“provocada”*, seguida de: *“la violencia es cotidiana”*.

Llama la atención que para los participantes la violencia sea provocada, o en otros términos merecida, además de constituir un elemento cotidiano en la vida de estos adolescentes. Lo peor, es que esta creencia influye en que la violencia se dé con más frecuencia en las escuelas, al encontrarle una justificación.



COLECTIVO DE TRABAJO: ALUMNOS Y ALUMNAS

FASE II: PROMOCIÓN DE SALUD ADOLESCENTE EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN SESIÓN N°1

Fase	Objetivo Específico	N° de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva.	Sesión N°1: “Desarrollo y Sexualidad de los Adolescentes”.	En esta actividad se abordarán los contenidos relacionados con el significado de la Adolescencia y los cambios que se producen en esta etapa.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alumna Seminarista. -Alumnos/as Participantes. -Profesora 7° Básico. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Data Show. -Cámara fotográfica. - 1 árbol dibujado en un papelógrafo. -3 tarjetas con las definiciones de los tres tipos de cambios (físicos, psicológicos y sociales). -34 tarjetas en forma de manzanas. 	<p>Fecha:</p> <p>10 de Noviembre de 2009.</p> <p>Hora:</p> <p>14:10 hrs.</p> <p>Duración:</p> <p>60 minutos.</p> <p>Lugar:</p> <p>Escuela La Parva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Exhibición de Video. -Educación Informal. -Preguntas de Reflexión.

REGISTRO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL SESIÓN N°1

1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Alumnos/as de 7° Básico
Fecha	10 de Noviembre de 2009
Hora	14:10 hrs.
Lugar	Escuela La Parva
N° de Participantes	22 Alumnos/as
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivo de la Sesión:

- ▶ Dar a conocer a los y las participantes los cambios físicos, psicológicos y sociales que se producen en la adolescencia.

Estrategia de Trabajo:

- ▶ Presentación de video educativo y ejercicio práctico.

Descripción de la Sesión:

Se dio inicio a la sesión con la exposición de un video de veinte minutos que explicaba las características del proceso de cambio en la adolescencia (Desarrollo y Sexualidad en la Adolescencia), de modo que los y las participantes observaran cómo la adolescencia es una etapa marcada por cambios en diferentes aspectos y a diversos niveles que requieren de un proceso de adaptación.

Finalizado el video se le entregó a cada participante una tarjeta en forma de fruta en las cuales debían escribir cambios que se producen en la adolescencia, de acuerdo a lo observado en el video anterior. Una vez escritas las tarjetas, la alumna seminarista les enseñó el árbol dibujado en un papelógrafo que estaba colocado en la pizarra y les dijo que imaginaran que el árbol representaba a un adolescente y las tarjetas en forma de fruta a los cambios que viven en la adolescencia.

Posteriormente, se explicó que los cambios que ocurren en la adolescencia pueden ser de tres tipos: físicos, psicológicos y sociales, y con la ayuda de los participantes se ubicaron las tarjetas en las zonas del árbol que correspondían a cada tipo de cambio.

3.- Análisis Grupal de la Actividad:

Metodología de Trabajo: Esta sesión estuvo orientada a que los/as participantes reconocieran y reflexionaran sobre los cambios que se experimentan durante la adolescencia, para ello se exhibió un video educativo y la realización de un ejercicio práctico, habiéndose cumplido el objetivo de la sesión, ya que, los/as participantes lograron identificar distintos tipos de cambios, si bien en su mayoría se refirieron a cambios físicos.

Dinámica Grupal: La reacción de algunos participantes frente a situaciones exhibidas en el video, que les causaban pudor fue expresada en forma de risa y comentarios con sus compañeros de al lado, por lo que se considera que el clima grupal no fue el óptimo para el desarrollo de la actividad, puesto que, en ciertos momentos el ruido y desorden se descontrolaba, debiéndose interrumpir la actividad para pedir silencio.

Rol de los y las Participantes: Los y las participantes mostraron una actitud favorable frente a la actividad, manteniendo buena disposición y ánimo para cumplir con lo que se les proponía.

Rol de la Facilitadora: Se considera que el desempeño de la alumna seminarista fue el apropiado, ya que esta actividad requirió de una dirección permanente para que los/as participantes realizaran correctamente el ejercicio práctico, especialmente al reforzarse los tipos de cambios que ocurren en la adolescencia, mediante la utilización de las técnicas escogidas para esta sesión.

4.-Análisis Teórico Conceptual de la Actividad:

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Problemáticas de Salud de los Adolescentes</p>	<p>Durante esta sesión se visibilizó una actitud infantil manifestada por algunos participantes frente a la exhibición de los caracteres sexuales secundarios en el video educativo, lo cual se explica al considerar que las tres grandes vertientes del desarrollo: biológica, psicológica y social, no suceden al mismo tiempo, en un principio, involucra cambios físicos y luego se manifiestan los psicológicos y los sociales.</p> <p>En este sentido, el ritmo y la velocidad de estos cambios varían en cada persona, es por esto que algunos adolescentes pueden experimentar estas señales de madurez más temprano o más tarde que otros.</p> <p>Otro aspecto relevante en esta sesión fue la dificultad para los/as participantes de identificar cambios sociales y psicológicos, ya que mayoritariamente lograron distinguir cambios físicos. Lo que se cree en parte porque se encuentran en la etapa de la adolescencia temprana que comienza con la aparición de los primeros signos de diferenciación sexual de carácter secundario, y son estos cambios los que predominantemente están viviendo.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva</p>	<p>A lo largo de la sesión, fue palpable la importancia de que los adolescentes conozcan de antemano los cambios que van a experimentar o que ya están experimentando, que entiendan su significado y el papel que juegan en su madurez, de modo que puedan vivirlos con naturalidad.</p> <p>Al respecto, la cultura puede facilitar u obstruir el ajuste del adolescente a los cambios físicos, psicológicos y sociales que viven, y puede influir de modo que estos cambios se conviertan en motivo de orgullo o en causa de ansiedad y confusión.</p>



MATRIZ DE PROGRAMACIÓN SESIÓN N°2

Fase	Objetivo Específico	N° de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva.	Sesión N°2: “El Embarazo Adolescente”.	En esta oportunidad, los alumnos trabajarán en torno a las causas individuales y sociales que promueven el embarazo temprano, las consecuencias y la maternidad/paternidad Responsable.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alumna Seminarista. -Alumnos/as Participantes. -Profesora de 7° Básico. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sala Multiuso. -Cámara fotográfica. -Notebook y Data Show. -Papelógrafo con las pautas para la dramatización. -Implementos de vestuario para la dramatización. 	<p>Fecha: 13 de Noviembre de 2009.</p> <p>Hora: 12:25 hrs.</p> <p>Duración: 60 minutos.</p> <p>Lugar: Escuela La Parva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Exhibición de Video. -Sociodrama. -Educación Informal. -Preguntas de Reflexión.

REGISTRO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL SESIÓN N°2

1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Alumnos/as de 7° Básico
Fecha	13 de Noviembre de 2009
Hora	12:25 hrs.
Lugar	Escuela La Parva
N° de Participantes	22 Alumnos/as
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivo de la Sesión:

- Identificar las causas y consecuencias de la problemática del embarazo adolescente, privilegiando el aspecto preventivo.

Estrategia de Trabajo:

- Analizar el tema del Embarazo en la Adolescencia basado en situaciones de la vida real.

Descripción de la Sesión:

La sesión comienza con la exposición de un video para sensibilizar a los participantes sobre el tema a abordar. Finalizado el video, se dividió a los participantes en dos grupos, a uno de ellos se le pidió que dramatizara el caso de un embarazo no deseado y al otro el caso de un embarazo deseado. Para conseguir mayor motivación de parte de los participantes, se les entregaron algunos implementos para realizar su representación, junto con las pautas para cada una de las dramatizaciones, que incluían las causas que llevaron al embarazo no deseado, la(s) persona(s) a las que recurre la adolescente y el/los lugar (es) al que pueden acudir para recibir apoyo y el desenlace de la situación (qué sucede con el embarazo).

A continuación, cada grupo presentó su dramatización y luego de eso se analizaron las dramatizaciones utilizando preguntas de reflexión.

3.- Análisis Grupal de la Actividad:

Metodología de Trabajo: En términos generales, se considera que el objetivo de la sesión fue medianamente alcanzado, ya que al momento de dar las instrucciones para las dramatizaciones sólo algunos asistentes quisieron tomar parte en las representaciones, cuya participación era necesaria para un eficiente desarrollo de la actividad programada, si bien acabó siendo una técnica alegre y útil para ver qué conocían los/as participantes acerca del tema propuesto.

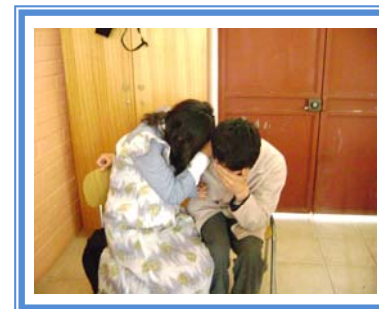
Dinámica Grupal: Se considera que el clima grupal mejoró en comparación a la primera sesión, ya que, cuando se presentaron las dramatizaciones, el público estuvo atento a ellas y posteriormente se consiguió realizar algunas reflexiones en relación a la temática abordada.

Rol de los y las Participantes: No se contó con la motivación de todos/as los/as asistentes de la sesión para participar en las representaciones, percibiéndose inhibidos frente a la tarea asignada.

Rol de la Facilitadora: Frente a la dificultad de los/as participantes para elaborar las historias de las representaciones y la asignación de roles a cada participante, la alumna seminarista debió apoyarlos a lo largo de la sesión.

4.-Análisis Teórico Conceptual de la Actividad:

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Problemáticas de Salud Adolescente</p>	<p>Al presentar el tema del embarazo adolescente fue posible observar que los y las participantes conocen de él, considerándolo un problema desde diferentes ópticas.</p> <p>En relación a las principales apreciaciones que surgieron desde la representación del embarazo no deseado, los/as alumnos/as especificaron los conflictos internos y familiares que debe enfrentar la adolescente y su pareja, y la importancia del apoyo de los padres para que el desenlace de este proceso sea favorable para el hijo que está por nacer. En este sentido, los/as alumnos consiguieron identificar mayormente consecuencias que causas de la problemática y además otorgaron un rol más relevante a la mujer que al varón, ya que muchas veces ellos no se hacen cargo del futuro hijo. En cuanto a la representación del embarazo deseado, se dio énfasis a una espera del hijo feliz donde la noticia del embarazo culminó con un matrimonio y formación de una familia.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva</p>	<p>La actividad realizada permitió a los participantes indagar en el tema del embarazo en la adolescencia, considerándolo como un problema, entre otras razones, porque obliga a los adolescentes a tomar decisiones y responsabilidades de personas adultas, para las que muchas veces no están preparados, por lo que es necesario que puedan elegir responsablemente el momento en que quieran cumplir con esta función.</p> <p>En efecto, ser madre o padre en la adolescencia conduce a un cambio sustancial del proyecto de vida: la interrupción o el abandono de los estudios, la necesidad de salir a trabajar (a menudo obteniendo una menor remuneración), la mayor posibilidad de desempleo, las restricciones para salir con amigos y la disminución del tiempo de esparcimiento y recreación y tal como reflejaban los participantes de la sesión, las mujeres suelen ser las más afectadas y perjudicadas por estas situaciones, ya que muchas veces deben asumir la responsabilidad de la crianza y nutrición sin contar con un apoyo sostenido por parte de sus compañeros. Asimismo, la familia y la comunidad cumplen un papel fundamental en estos casos, cuando logran brindar el apoyo necesario a las y los adolescentes para colaborar en la crianza y permitirles desarrollar una vida que no impida la continuidad de los estudios.</p>



MATRIZ DE PROGRAMACIÓN SESIÓN N°3

Fase	Objetivo Específico	N° de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva.	Sesión N°3: “La Regulación de la Fecundidad: Los Principales Métodos Anticonceptivos”.	En esta oportunidad se desarrollarán los contenidos relacionados con los principales métodos anticonceptivos, uso, ventajas y desventajas de cada uno de ellos.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alumna Seminarista. -Alumnos/as Participantes. -Profesora de 7° Básico. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tarjetas que corresponden al uso del Condón. -Tarjetas que corresponden al uso de las Pastillas Anticonceptivas. -Tarjetas que corresponden a mitos y verdades de los MAC. -Power Point con los conceptos clave de los principales MAC. 	<p>Fecha: 17 de Noviembre de 2009.</p> <p>Hora: 14:10 hrs.</p> <p>Duración: 60 minutos.</p> <p>Lugar: Escuela La Parva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Charla Educativa. -Discusión en Grupos.

REGISTRO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL SESIÓN N°3
1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Alumnos/as de 7° Básico
Fecha	17 de Noviembre de 2009
Hora	14:10 hrs
Lugar	Escuela La Parva
N° de Participantes	22 Alumnos/as
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:**Objetivos específicos de la Sesión:**

- ▶ Dar a conocer los principales métodos anticonceptivos.
- ▶ Reflexionar acerca de sus ventajas, desventajas, accesibilidad y efectividad.
- ▶ Reflexionar acerca de la corresponsabilidad del hombre y de la mujer en la anticoncepción.

Estrategia de Trabajo:

- ▶ Exposición del tema y asignación de tareas.

Descripción de la Sesión:

La sesión comenzó con la presentación de una charla educativa sobre los principales métodos anticonceptivos. Seguidamente, se dividió a los participantes en tres grupos para que cada uno trabajara el uso correcto del condón, el uso de las pastillas anticonceptivas y los mitos y verdades de los métodos anticonceptivos.

Al grupo del condón, se les repartieron tarjetas con los pasos del uso adecuado del condón en desorden. El grupo tenía que discutir el orden de los pasos de su colocación y luego exponer al resto de sus compañeros el uso correcto. Al grupo de las pastillas anticonceptivas, se les entregaron tarjetas mezcladas con enunciados correctos e incorrectos referidos al uso de este método. El grupo debía seleccionar las tarjetas con enunciados correctos.

Por último, al grupo de los mitos y verdades de los métodos anticonceptivos se les entregaron tarjetas mezcladas con enunciados verdaderos y falsos referidos a diversos métodos anticonceptivos. El grupo debía seleccionar las tarjetas con enunciados verdaderos y aquellas con enunciados falsos, exponiendo sus argumentos.

3.- Análisis Grupal de la Actividad:

Metodología de Trabajo: Esta sesión estuvo orientada a que los/as participantes conocieran los principales métodos anticonceptivos. Esto, como una forma de enseñarles las alternativas de regulación de la fecundidad a los que pudiesen acceder en el caso de necesitarlos. Respecto a las técnicas utilizadas en esta actividad, se considera que funcionaron adecuadamente, puesto que permitieron reflexionar sobre el tema en diversos aspectos.

Dinámica Grupal: Durante la actividad se apreció una adecuada disposición por parte de los/as participantes, quienes se mostraron interesados en los contenidos desarrollados. Sin embargo, existió un grupo de alumnos que durante la charla educativa provocaron alborotos que desconcentraban al resto de sus compañeros.

Rol de los y las Participantes: La actividad se vio enriquecida con la participación activa de la mayoría de los/as participantes, quienes fortalecieron la exposición con la realización de comentarios acerca de lo que conocían de los métodos anticonceptivos y con preguntas que buscaban aclarar sus dudas sobre el tema.

Rol de la Facilitadora: En esta ocasión, la alumna seminarista debió elaborar y exponer el temario de la charla educativa, el cual pretendía otorgar información que los/as participantes no poseían y que en un futuro próximo podrán emplear.

4.-Análisis Teórico Conceptual de la Actividad:

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Problemáticas de salud Adolescente</p>	<p>Anteriormente, en el diagnóstico de necesidades de salud adolescente cuando se hablaba sobre la edad idónea de los jóvenes para comenzar las relaciones sexuales, los y las participantes manifestaron que por su parte podían establecerlas cuanto antes, reflejándose la necesidad de que los adolescentes estén informados sobre métodos anticonceptivos seguros y eficaces para proteger su salud sexual, ya que quienes no los usen o bien usen un método de forma irregular, se encontrarán en riesgo de enfrentar un embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual.</p> <p>De esta forma, se trata de que la elección del método anticonceptivo o su no utilización pueda ser una elección informada, compartida con la pareja y con asesoramiento de un especialista.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva</p>	<p>Durante esta actividad se abordaron los métodos anticonceptivos, para que los y las participantes puedan tomar una decisión segura e informada acerca de su uso.</p> <p>Al respecto, los y las adolescentes demostraron tener algunos conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos, lo cual coincide con el incremento considerable del conocimiento y la difusión de los métodos anticonceptivos en adolescentes escolarizados y mujeres adolescentes con pareja que se ha dado en los últimos años. Dentro de los métodos más conocidos por los participantes se señalaron las pastillas anticonceptivas y el preservativo masculino, sin embargo, el uso de cada uno de ellos sólo lo conocían algunos.</p> <p>Igualmente, se discutió el tema del coito interrumpido, el cual era aceptado por muchos de los participantes como medio para evitar embarazos, por lo que tuvo que ser enfatizada su comprobada ineficacia.</p>



MATRIZ DE PROGRAMACIÓN SESIÓN N°

Fase	Objetivo Específico	N° de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva.	Sesión N°4: “Infecciones de Transmisión Sexual: El Otro Lado del Sexo”.	Durante esta actividad se trabajará en torno a las ITS más frecuentes, las formas en que se transmiten y se contraen, sus síntomas, complicaciones, tratamiento y prevención.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alumna Seminarista. -Alumnos/as Participantes. -Profesora de 7° Básico. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Power Point sobre las ITS más comunes. - Tarjetas con nombres de ITS y de otras enfermedades. -Tarjetas con dibujos de situaciones en las que se transmite y no se transmite el virus VIH. 	<p>Fecha:</p> <p>20 de Noviembre de 2009.</p> <p>Hora:</p> <p>12:25 hrs.</p> <p>Duración:</p> <p>60 minutos.</p> <p>Lugar:</p> <p>Escuela La Parva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Lluvia de Ideas. -Charla Educativa. -Discusión en grupos. -Preguntas de Reflexión.

REGISTRO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL SESIÓN N°4

1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Alumnos/as de 7° Básico
Fecha	20 de Noviembre de 2009
Hora	12:25 hrs.
Lugar	Escuela La Parva
N° de Participantes	22 Alumnos/as
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivos Específicos de la Sesión:

- ▶ Conocer e identificar las principales características de las infecciones de transmisión sexual.
- ▶ Reconocer los mitos y falsas creencias respecto a las infecciones de transmisión sexual.
- ▶ Reflexionar acerca de la importancia de la prevención y la adquisición de conductas de autocuidado.

Estrategia de Trabajo:

- ▶ Exposición del tema y asignación de tareas.

Descripción de la Sesión:

A través de una lluvia de ideas, la alumna seminarista recogió aquello que los alumnos conocían acerca de las ITS. Seguidamente, se dividió en dos grupos a los participantes, al primero de ellos se les proporcionó un set de tarjetas con nombres de varias enfermedades para que identificaran cuáles correspondían a ITS; al segundo subgrupo se les entregó un set de tarjetas que contenía dibujos de situaciones diversas y debían decidir qué dibujos correspondían a una situación en la que se podría transmitir el VIH y explicar las razones de su respuesta.

De esta forma, los participantes junto con la alumna fueron señalando aquellas tarjetas que no correspondían a las ITS y que no transmiten el VIH, desmitificando las creencias erróneas que suelen tener algunas personas.

Finalmente, se cierra la actividad con una prueba de conocimientos.

3.- Análisis Grupal de la Actividad:

Metodología de Trabajo: En cuanto al desarrollo de la actividad, la cual invitaba a los/as participantes a reflexionar acerca de las infecciones de transmisión sexual, se considera que fue satisfactoria en base a los conocimientos entregados y a los resultados del ejercicio práctico que realizaron los/as participantes, quienes consiguieron identificar las enfermedades que corresponden a ITS y las formas de transmisión de las mismas, cumpliéndose los objetivos planteados.

Dinámica Grupal: Los /as participantes manifestaron interés en la actividad lo que permitió que mantuvieran una buena disposición a lo largo de la actividad, atendiendo a la información entregada por la alumna seminarista, lo que se considera en parte debido a la importancia que los/as participantes reconocen a este tema de salud sexual y reproductiva.

Rol de los y las Participantes: Los/as participantes demostraron capacidad de atención y escucha e interés manifestado a través de la formulación de preguntas que llevaron a los/as participantes a reflexionar y alcanzar nuevos conocimientos para el beneficio de su salud.

Rol de la Facilitadora: El rol de facilitador ejercido por la alumna, se considera que fue cumplido eficazmente, en la medida que la actividad logró llevarse a cabo apropiadamente y que potenciara la capacidad de análisis reflexivo e involucramiento de los/as participantes en torno al tema.

4.- Análisis Teórico Conceptual de la Actividad:

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Problemáticas de Salud Adolescente</p>	<p>La realidad es que muchos adolescentes cuando tienen relaciones sexuales, en lo último que piensan es en salud y en enfermedades, sólo piensan en dejarse llevar, lo cual les hace olvidar tener una conducta de autoprotección.</p> <p>En este sentido, se reconoce la necesidad de apoyar a los adolescentes y de brindarles información y conocimientos para que eventualmente puedan protegerse de resultados adversos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Asimismo, es necesario superar muchos prejuicios con respecto a las infecciones de transmisión sexual.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva</p>	<p>La necesidad de formación de los y las adolescentes en la vivencia de una sexualidad placentera y responsable se considera vital entre los hábitos y estilos de vida saludables.</p> <p>Es por esto que en la actividad desarrollada se fomentó el uso del preservativo como el mejor modo de evitar las infecciones de transmisión sexual. Por otro lado, los participantes en general, no tenían mucha información acerca del tema, si bien en estos últimos años se han difundido y realizado campañas de prevención de ITS y el SIDA. Igualmente, tenían algunos prejuicios e ideas asociadas a las ITS que contribuyen a que no consideren que les pueda suceder a ellos/as, como si fuera algo que mágicamente “pasa” desde afuera sin que se generen condiciones para ello.</p>



EVALUACIÓN PROFESIONAL DEL CICLO III DE INTERVENCIÓN

A. Escuela La Parva.

❖ Evaluación por Fases.

▪ Fase I:

Fase	Objetivo Específico	Indicador	Medio de Verificación	Nivel de Cumplimiento
Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover la convivencia pacífica en el ámbito escolar.	Al término de esta fase: -El 75% de la población beneficiaria muestra comprensión en los siguientes contenidos: • La Convivencia en las Aulas y la Violencia Escolar. • Estilos de Comunicación y Habilidades Comunicativas. • El Conflicto. • Resolución Pacífica de Conflictos.	-Registros de Intervención. -Registros Fotográficos. -Prueba de Medición de Contenidos Formativos.	Se alcanza el 81.25% de los indicadores de cumplimientos definidos para la fase.
TOTAL				81.25% Logrado
Juicio Evaluativo	<p>▪ Potencialidades del Proceso:</p> <p>✓ El proceso socioeducativo se realizó tomando en cuenta el diagnóstico inicial, es decir, de acuerdo a los intereses y necesidades de los/as participantes.</p> <p>✓ Se incursionó en los contenidos básicos para mejorar la convivencia escolar.</p> <p>✓ La experiencia obtenida de la intervención profesional del I Ciclo, permitió perfeccionar la organización del nuevo proceso (creatividad de las actividades, distribución de materiales, número de subgrupos, control del tiempo, etc.).</p>			

✓ La metodología y las técnicas educativas elegidas favorecieron la comunicación horizontal, la discusión de puntos de vista, así como la reflexión de los/as participantes en torno a los contenidos desarrollados.

✓ Jefa de U.T.P. del establecimiento educacional comprometida con la intervención profesional, lo cual permitió ejecutarla tal como se había programado.

✓ Los/as participantes de la intervención profesional fueron los/as mismos/as del Ciclo I, aspecto relevante a la hora de crear un clima de confianza que facilitara y complementara los aprendizajes.

✓ Buena disposición de los/as Participantes y Profesora Jefe del grupo curso para llevar a cabo las sesiones de intervención.

▪ **Vulnerabilidades del Proceso:**

✓ Los niveles de participación de los/as alumnos/as fueron distintos. Mientras que unos/as alumnos/as se involucraron activamente en el proceso de intervención, emitiendo comentarios, formulando preguntas y colaborando cuando se requerían voluntarios para una determinada actividad (siempre eran los mismos). Otros/as, demostraron un nivel mínimo de participación, limitándose a escuchar o a responder sólo cuando se les preguntaba.

✓ Interrupciones de algunos alumnos en las sesiones de intervención.

▪ **Juicio Evaluativo:**

El objetivo se considera *logrado*, puesto que los/as participantes demostraron haber comprendido los beneficios de la buena convivencia escolar, a través de una sensibilización dirigida a la no violencia, la práctica de habilidades comunicacionales y la búsqueda de nuevas formas de resolución de conflictos. De este modo, el proceso socioeducativo representó un espacio para que los/as participantes potenciaron las buenas relaciones interpersonales basadas en el respeto, el dialogo, la cooperación, la ayuda, la escucha activa y el rechazo de la violencia, condiciones básicas para mejorar la convivencia.

❖ Evaluación del Tiempo:

▪ Tabla Gantt: Tiempo Programado - Tiempo Real.

FASE	TIEMPO (SEMANAS)							
	MARZO				ABRIL			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar		♣	♣	♣	♣	♥	♥	♥
			♦	♦				
Juicio Evaluativo	De acuerdo a lo expuesto en la Tabla Gantt, es posible señalar que la intervención profesional se ejecutó entre la tercera y cuarta semana de Marzo (dos veces por semana). Su prontitud tuvo que ver con que la coordinación se llevó a cabo con la Jefa de U.T.P. del establecimiento educacional, quien mostró gran interés y cooperación. A diferencia de la intervención profesional del I Ciclo, que se gestionó con la Directora, quien pareció otorgarle menor valor y consecuentemente generó un retraso en la realización del Diagnóstico.							

NOMENCLATURA			
♣	Tiempo Programado	♥	Tiempo de Holgura
		♦	Tiempo Real

❖ Evaluación de los Recursos:

	DESCRIPCIÓN
Recursos Humanos	<p>Para la realización de la intervención profesional se requirió de los siguientes recursos humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alumnos y Alumnas participantes del proceso. • Equipo Directivo y Docente. • Alumna Seminarista.
Juicio Evaluativo	<p>En cuanto al rol que cumplieron los alumnos y alumnas, es posible evaluarlo de forma satisfactoria, en cuanto a la disposición a trabajar en las distintas actividades propuestas.</p> <p>Respecto a los profesionales del establecimiento educacional, se destaca la cordialidad y accesibilidad de la Jefa de U.T.P. para realizar la intervención del nuevo ciclo, igualmente, se agradece la colaboración de la profesora jefe del curso, quien realizaba aportes relacionados con las temáticas abordadas en cada sesión, contribuyendo a facilitar la entrega de conocimientos.</p> <p>En relación al desempeño de la alumna seminarista, éste se evalúa positivamente, al guiar aprendizajes y ejercitar habilidades que mejoren la convivencia entre los/as participantes.</p>
Recursos Materiales	<p>Para la realización de la intervención profesional se requirió de los siguientes recursos materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material Digital (Power Point). • Tarjetas con los Roles de las Dramatizaciones. • Impresiones (Casos a Analizar, Test de Discriminación de Respuestas). • Material Fungible (Carteles, Camisetas de Papel, Cuerda, Perros de Ropa, Plumones, Scotch). • Notebook. • Cámara Fotográfica.
Juicio Evaluativo	<p>Los recursos materiales utilizados, fueron proporcionados en su totalidad por la alumna seminarista y creados con una intencionalidad didáctica, es decir con la intención de facilitar los procesos de enseñanza y aprendizaje y propiciar la atracción de las actividades en los participantes. En base a lo anterior, es posible afirmar que los recursos materiales fueron pertinentes y adecuados a las características de los participantes.</p>
Recursos Institucionales	<p>Para la realización de la intervención profesional se requirió de los siguientes recursos institucionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sala Multiuso. • Data Show.
Juicio Evaluativo	<p>La sala multiuso dispuesta por el establecimiento educacional ofreció un espacio físico adecuado para realizar la intervención profesional, de acuerdo a la cantidad de participantes y a la disposición del espacio. En cuanto al Data Show, éste fue un recurso aprovechado al máximo, ya que se utilizó en todas las sesiones de intervención. Es así que, tener al alcance este recurso, significó un valor educativo para la intervención.</p>



4.2 CICLO II INTERVENCIÓN PROFESIONAL

FASE I: CARACTERIZACIÓN GENERAL DE EXPERIENCIAS DE PROGRAMA DE SALUD ADOLESCENTE EN CES DE VIÑA DEL MAR, VALPARAÍSO Y QUILPUÉ

A. CENTRO DE SALUD FAMILIAR NUEVA AURORA

B. CENTRO DE SALUD VECINAL LAS PALMAS CHILENAS II

C. CENTRO DE SALUD PADRE DAMIÁN DE MOLOKAI

D. CENTRO DE SALUD QUILPUÉ

REGISTRO DE EXPERIENCIA

Nombre de la Experiencia: “Espacios Amigables para la Salud de Adolescentes en Atención Primaria Municipal”



Centro de Salud que impulsa la Experiencia:

Centro de Salud Nueva Aurora, de la comuna de Viña del Mar.

Responsables de la Experiencia:

El programa es desarrollado por un profesional del área de salud sexual y reproductiva (SSR) y por una profesional del área psicosocial:

Matrón: Danilo Zamorano. Psicóloga: Evelyn Díaz.

Año de Inicio de la Experiencia:

El Centro de Salud Nueva Aurora, empezó a aplicar el Programa Espacios Amigables para la Salud de Adolescentes, en marzo del año 2009.

Población Objetivo y Cobertura:

La población objetivo consta de adolescentes (10 a 19 años), pertenecientes a los establecimientos educacionales situados en el área de jurisdicción del centro de salud o inscritos en ese centro de salud.

El promedio de adolescentes que participaron en los talleres grupales desarrollados en el centro de salud, durante el año 2009, fue de 15 adolescentes.

Objetivo de la Experiencia:
<p>“Mejorar el acceso de las jóvenes y adolescentes beneficiarios de la Ley N° 18.469, a los programas preventivos y promocionales de la salud, a través de estrategias que mejoren la oportunidad, continuidad y la calidad en la gestión de las atenciones, en Centros de Salud Familiar o Centros Comunitarios de Salud de las comunas que concentran los mayores índices de gestación adolescente y/o precoces”.</p>
Descripción de la Experiencia:
<p>El Programa “Espacios Amigables para la Salud de Adolescentes en Atención Primaria de Salud” se adecúa a las necesidades que hombres y mujeres adolescentes tienen en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, encontrando formas de intervención que respondan a sus expectativas y que constituyen una invitación para atraerlos al servicio. Para ello, establece horarios especiales de atención, garantiza profesionales idóneos para el trabajo con adolescentes y el trato a los y las adolescentes se da en un marco de respeto y confidencialidad.</p>
Funcionamiento de la Experiencia:
<p>Dos veces a la semana en el centro de Salud. Lunes y Jueves de 16:00 a 20:00 hrs.</p>
Estrategias/Líneas de Acción de la Experiencia:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en las Escuelas y Liceos del sector. ✓ Atención Individualizada en Box. ✓ Talleres Grupales en el Centro de Salud. ✓ Campañas de Información del Programa. <p>Es el caso mencionar, que a partir de la Promoción de la Salud en los Establecimientos Educativos se capta a los adolescentes para desarrollar las otras acciones.</p>
Actividades correspondientes a los objetivos establecidos en el Programa:
<p>Las actividades que realizan son definidas por el Programa, y son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación integral de los y las adolescentes y jóvenes consultantes de 10 a 19 años. ✓ Examen de Medicina Preventiva a adolescentes y jóvenes. ✓ Consejería en resiliencia, habilidades para la vida y familia. ✓ Orientación y acompañamiento de los recursos disponibles en salud, desde la perspectiva de los derechos y empoderamiento de adolescentes y sus organizaciones de salud. ✓ Consejería en SSR a consultantes solas/os o en parejas. ✓ Aplicación de herramientas de contención e intervención en crisis. ✓ Control de la gestación a madres adolescentes que concurren solas o en pareja. ✓ Control de la fertilidad a consultantes que concurren en pareja y adolescentes hombres o mujeres que concurren solos, que no desean hacerlo en los horarios habituales por razones

<p>de privacidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnóstico de embarazo a adolescentes que concurren solas o en pareja. ✓ Actividades comunitarias de promoción en salud integral con énfasis en SSR para adolescentes y jóvenes. <p>Cabe señalar, que frente a la aparición de otras problemáticas de salud (Depresión, baja autoestima, ciclo vital, etc.), los adolescentes son vistos individualmente por la psicóloga y de acuerdo a cada caso son derivados a los programas de atención del Centro de Salud.</p>	
<p>Principales desafíos que enfrentaron en su desarrollo para lograr los objetivos planteados:</p>	
<p>Los principales desafíos observados en relación a la implementación del Programa apuntaron a la falta de infraestructura para desarrollar adecuadamente las actividades con los adolescentes, aún cuando el Programa disponía de \$1.060.000 para construir un espacio físico exclusivo para los adolescentes en el centro de salud, pero que no llegó a efectuarse.</p>	
<p>Articulación de Actores:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cooperación de actores de la sociedad civil (Establecimientos Educativos, Programa de intervención Breve [PIB]). 	
<p>Resultados/Logros de la Experiencia:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los responsables del programa mencionan como uno de los principales logros, haber dado a conocer el Programa a la comunidad. ✓ Asimismo, se sienten reconfortados por el hecho de que la evaluación realizada por los propios adolescentes fue positiva. 	
<p>Juicio Profesional de la Experiencia: Análisis de Potencialidades y Vulnerabilidades.</p>	
P	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Psicóloga y Matrón motivados y capacitados en la intervención de adolescentes. ✓ Orientadora y personal del liceo y Establecimiento Educativo del sector apoyando permanentemente el accionar del Equipo de Salud. ✓ Atención continúa con horario establecido para los jóvenes. ✓ Atraer a adolescentes que nunca habían consultado en el CES para solicitar atención con matrona.
V	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de espacio adecuada para la atención del adolescente, por no contar con el aporte económico para restaurar un box amigable que favorezca la educación y la entrega de material informativo. ✓ Escaso material para la elaboración de los talleres. ✓ Cumplimiento parcial de los objetivos planteados por falta del aporte para infraestructura, elaboración y reproducción de material educativo.

REGISTRO DE EXPERIENCIA

Nombre de la Experiencia: "Día del Adolescente"



Centro de Salud que Impulsa la Experiencia:

Centro Comunitario Vecinal Las Palmas Chilenas II, de la comuna de Viña del Mar.

Responsables de la Experiencia:

La experiencia es llevada a cabo a través de un circuito de atenciones, en que los y las adolescentes son intervenidos por cada uno de los profesionales del equipo de salud de este centro, con excepción del Kinesiólogo que se integró al equipo en el último tiempo.

Año de Inicio de la Experiencia:

En Febrero de 2006, se comienza a gestar el "Día del Adolescente".

Población Objetivo y Cobertura:

La población objetivo consta de adolescentes entre 12 y 16 años, pertenecientes a los establecimientos educacionales situados en el área de jurisdicción del centro de salud o inscritos en ese centro de salud o cuyas familias estén inscritas, de tal forma que pueda hacerse un seguimiento de sus casos.

La cobertura específica de la Experiencia, durante los años 2006 a 2009, corresponde a:

- ✓ 2006: En 5 Días del Adolescente, 58 adolescentes intervenidos.
- ✓ 2007: En 6 Días del Adolescente, 62 adolescentes intervenidos.
- ✓ 2008: En 5 Días del Adolescente, 56 adolescentes intervenidos.
- ✓ 2009: En 4 Días del Adolescente, 39 adolescentes intervenidos.

Objetivos de la Experiencia:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ “Identificar y conocer a nuestra población de adolescentes entre los 12 y 16 años”. ✓ “Normalizar el acceso de los adolescentes a la APS”. ✓ “Incorporarlos de manera amigable a APS”. ✓ “Instaurar un día de atención mensual exclusiva para adolescentes, por cada uno de los profesionales”.
Descripción de la Experiencia:
<p>El “Día del Adolescente”, forma parte del Programa de Salud Adolescente del CESV Las Palmas Chilenas II, experiencia en la que se otorgan prestaciones de salud integral a los y las adolescentes. Para ello, el centro de salud cierra sus puertas al resto de la población.</p> <p>Asimismo, en el día del adolescente se señalan los procedimientos administrativos del SOME, se realizan actividades grupales y educativas, se les vincula en actividades sociales y comunitarias y se les entrega material educativo, para que los adolescentes puedan estudiarlos en su casa.</p>
Funcionamiento de la Experiencia:
<p>Funciona en Jornada completa, una vez cada dos meses.</p>
Estrategias/Líneas de Acción de la Experiencia:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. ✓ Control MAC. ✓ Atención Especializada. ✓ Modalidad Dupla. ✓ Examen de Salud Preventiva. ✓ Día del Adolescente.
Actividades correspondientes al “Día del Adolescente”:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presentación y bienvenida del Equipo de Salud. ✓ Recepción SOME (Se explica su funcionamiento). ✓ Atención Integral a través de Módulos: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermera-Psicólogo (Evaluación de Factores Protectores y de Riesgo Biopsicosocial Familiar. Hemoglucoest; Colesterol) • Odontóloga (Evaluación Dental. Placa Bacteriana, Higiene) • Matrona-Asistente Social (Evaluación de Factores Protectores Sociales y Salud Sexual y Reproductiva) • Médico (Genograma, Evaluación de Salud) • Nutricionista (Evaluación del Estado Nutricional. Peso, Medición) • Terapeuta Ocupacional (Evaluación de la Agudeza Visual) ✓ Mapa Comunitario (Su objetivo es identificar la resiliencia comunitaria desde la

<p>perspectiva de los adolescentes).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desayuno Saludable. ✓ Sesión Educativa (Se presenta un Tema, Ej. Consumo de Alcohol y Drogas). ✓ Entrega de Material Educativo. 	
<p>Principales desafíos que enfrentaron en su desarrollo para lograr los objetivos planteados:</p>	
<p>En la gestión de traer a los adolescentes desde los Establecimientos Educativos al CECOV en las jornadas del “Día del Adolescente”, se percibe falta de compromiso real de parte de éstos para facilitar la entrega de los adolescentes, lo cual perturba la materialización de la actividad.</p>	
<p>Articulación de Actores:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cooperación de actores de la sociedad civil (Establecimientos Educativos, Programa de intervención Breve [PIB] y Jardines Infantiles del sector). 	
<p>Resultados/Logros de la Experiencia:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se ha normalizado el acceso de los adolescentes a la APS al incorporarlos de manera amigable. (Día del Adolescente). ✓ Se brinda atención en DUPLAS. ✓ Se realizan consejerías en prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual por matrona (Promedio 38 mensual). ✓ 176 adolescentes han participado en actividades de promoción de su salud. ✓ Se obtiene perfil de los adolescentes, lo que permite identificar riesgo y orientar intervenciones. ✓ Coordinación con 3 escuelas del sector (dos subvencionadas y una municipal). ✓ Madres al conocer de este programa traen a sus hijos a control ingreso MAC y Consejerías de Salud Sexual. ✓ Adolescentes difunden el Programa. ✓ Grupos de Adolescentes intervenidos participan en otras actividades del CECOV (aniversario- pintando el consultorio, etc.). ✓ Gran parte de la comunidad tiene una muy buena, o buena apreciación de la existencia del Programa Adolescente. 	
<p>Juicio Profesional de la Experiencia: Análisis de Potencialidades y Vulnerabilidades.</p>	
P	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Compromiso y Responsabilidad del Equipo de trabajo. ✓ Mejoramiento de sistemas de trabajo. ✓ Trabajo interdisciplinario. ✓ Capacitación Interna.
V	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Año 2009, sólo se efectuaron 4 jornadas de “Día del Adolescente”. ✓ Aumento de demanda. ✓ Usuarías que no siguen indicaciones.

REGISTRO DE EXPERIENCIA

Nombre de la Experiencia: “Espacios Amigables para la Salud de Adolescentes en Atención Primaria Municipal”



Centro de Salud que Impulsa la Experiencia:

Centro de Salud Familiar Padre Damián de Molokai, de la comuna de Valparaíso.

Responsables de la Experiencia:

El programa es desarrollado por una profesional del área de salud sexual y reproductiva (SSR) y por una profesional del área psicosocial:

- Matrona: Loreto Castañeda. - Asistente Social: Karla González.

Año de Inicio de la Experiencia:

El Centro de Salud Familiar Padre Damián, empezó a aplicar el Programa Espacios Amigables para la Salud de Adolescentes, en Abril del año 2009.

Población Objetivo y Cobertura:

La población objetivo consta de adolescentes (10 y 19 años), pertenecientes a los establecimientos educacionales situados en el área de jurisdicción del centro de salud o inscritos en ese centro de salud o cuyas familias estén inscritas.

El promedio de adolescentes que participaron en los talleres grupales desarrollados en el Centro de Salud, durante el año 2009, fue entre 15 y 18 adolescentes, mientras que las atenciones en box alcanzaron aproximadamente a 80 adolescentes.

Objetivos de la Experiencia:

“Mejorar el acceso de las jóvenes y adolescentes beneficiarios de la Ley N° 18.469, a los programas preventivos y promocionales de la salud, a través de estrategias que mejoren la oportunidad, continuidad y la calidad en la gestión de las atenciones, en Centros de Salud Familiar o Centros Comunitarios de Salud de las comunas que concentran los mayores índices de gestación adolescente y/o precoces”.

Descripción de la Experiencia:

El Programa “Espacios Amigables para la Salud de Adolescentes en Atención Primaria de Salud” se adecúa a las necesidades que hombres y mujeres adolescentes tienen en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, encontrando formas de intervención que respondan a sus expectativas y que constituyen una invitación para atraerlos al servicio. Para ello, establece horarios especiales de atención, garantiza profesionales idóneos para el trabajo con adolescentes y el trato a los y las adolescentes se da en un marco de respeto y confidencialidad.

Funcionamiento de la Experiencia:

Dos veces a la semana en el centro de Salud. Lunes y Jueves de 16:00 a 20:00 hrs.

Estrategias/Líneas de Acción de la Experiencia:

- ✓ Atención Individualizada en Box.
- ✓ Talleres Grupales en Centro de Salud.
- ✓ Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en Escuelas del Sector.
- ✓ Campañas de Información del Programa.
- ✓ Coordinación y Vinculación con organizaciones comunitarias.
- ✓ Búsqueda de Patrocinios.

Actividades correspondientes a los objetivos establecidos en el Programa:

Las actividades que realizan son definidas por el Programa, y son las siguientes:

- ✓ Evaluación integral de los y las adolescentes y jóvenes consultantes de 10 a 19 años.
- ✓ Examen de Medicina Preventiva a adolescentes y jóvenes.
- ✓ Consejería en resiliencia, habilidades para la vida y familia.
- ✓ Orientación y acompañamiento de los recursos disponibles en salud, desde la perspectiva de los derechos y empoderamiento de adolescentes y sus organizaciones de salud.
- ✓ Consejería en SSR a consultantes solas/os o en parejas.
- ✓ Control de la fertilidad a consultantes que concurren en pareja y adolescentes hombres o mujeres que concurren solos, que no desean hacerlo en los horarios habituales por razones de privacidad.
- ✓ Diagnóstico de embarazo a adolescentes que concurren solas o en pareja.
- ✓ Actividades comunitarias de promoción en salud integral con énfasis en SSR para adolescentes y jóvenes.

Al respecto, existen dos actividades definidas por el Programa que no son llevadas a cabo, estas son:

- ✘ Aplicación de herramientas de contención e intervención en crisis, y
- ✘ Control de la gestación a madres adolescentes que concurren solas o en pareja.

La primera, no se desarrolla porque los y las adolescentes que participan del Programa no han representado casos críticos. De hecho, las encargadas del Programa refieren acciones mayoritariamente promocionales y preventivas.

En cuanto a la segunda actividad que no realizan, se debe a que el control de la gestación lo efectúa la matrona del Programa de la Mujer del Centro de Salud.

Principales desafíos que enfrentaron en su desarrollo para lograr los objetivos planteados:

El principal desafío que manifiestan las responsables del Programa es que han debido enfrentarse a la falta de apoyo de los profesionales del Centro de Salud, quienes no han facilitado la eliminación de los obstáculos normativos que impiden el suministro de información y acceso de los adolescentes al servicio de salud sexual y reproductiva, como por ejemplo, impedir el ingreso de un adolescente menor de 14 años sin la madre al box de la matrona y no informarles acerca de la existencia del Programa Adolescente que los libera de estas restricciones.

Articulación de Actores:

- ✓ Cooperación de actores públicos (Municipalidad, Chiledeportes).
- ✓ Cooperación de actores de la sociedad civil (Establecimientos Educativos, ONG WAY).

Resultados/Logros de la Experiencia:

- ✓ La implementación del Programa es vista como una experiencia positiva para sus responsables, especialmente en términos cualitativos, puesto que se instaura un espacio dedicado exclusivamente a los adolescentes.

El Programa ha permitido percibir de manera constante las demandas de la población objetivo (incorporación de otras materias de salud dentro del tema transversal -SSR).

Juicio Profesional de la Experiencia: Análisis de Potencialidades y Vulnerabilidades.

P	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se han logrado vencer barreras que limitaban el acceso de los adolescentes al Centro de Salud. ✓ Se cuenta con un Equipo Interdisciplinario para atender a los y las adolescentes (Matrona-Asistente Social) permitiendo una mejor atención.
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none">✓ Existe buena acogida del Programa por parte de la comunidad, habiéndose incrementado la demanda por información sobre sexualidad y controles preventivos.✓ El Programa ofrece oportunidad de acceso para la comunidad atendida.
V	<ul style="list-style-type: none">✓ Insuficientes horas profesionales para realizar las atenciones.✓ Deficiente coordinación entre las encargadas del Programa, que son externas a este centro de salud, y el resto del equipo de salud, a causa de la discrepancia de los horarios de trabajo (Programa Adolescente funciona sólo los días Lunes y Jueves de 16:00 a 20:00 hrs. En tanto, los profesionales del centro de salud terminan su jornada de trabajo a las 17:00 hrs.). Esto provoca que no exista una práctica de retroalimentación continua de los casos.✓ Desarticulación entre los programas del centro de salud y el programa adolescente, las responsables de éste último observan que el resto de los profesionales no apoyan suficientemente la transición hacia los nuevos roles.✓ El Programa se ejecuta en un Centro de Salud que se ubica en una zona geográfica alejada y que alcanza a una pequeña población objetivo, por el contrario debiera poder acercarse a una mayor cantidad de adolescentes.✓ El carácter anual del convenio que sustenta la existencia del Programa podría atentar contra la continuidad del Programa.

REGISTRO DE EXPERIENCIA

Nombre de la Experiencia: “Espacios Amigables para la Salud de Adolescentes en Atención Primaria Municipal”



Centro de Salud que Impulsa la Experiencia:

Centro de Salud Quilpué, de la comuna de Quilpué.

Responsables de la Experiencia:

El programa es desarrollado por dos profesionales del área de salud sexual y reproductiva (SSR) y por una profesional del área psicosocial:

- Matronas: Tamara Rodríguez; Karin Jensen.
- Psicóloga: Valeska Bustamante.

Año de Inicio de la Experiencia:

El Centro de Salud Quilpué, empezó a aplicar el Programa Espacios Amigables para la Salud de Adolescentes, en Enero de 2009.

Población Objetivo y Cobertura:

La población objetivo consta de adolescentes (10 y 19 años), que acudan a este centro de salud. En aquellos casos en que los adolescentes no tienen residencia o matrícula en el área de jurisdicción del centro de salud, igualmente se les atenderá durante su primera visita y luego, se les derivará al centro de salud más cercano a su casa.

El promedio de adolescentes que se atendieron en box, durante el año 2009, fue entre 12 y 15 adolescentes al día.

Objetivos de la Experiencia:

“Aumentar las oportunidades de atención de salud y mejorar la calidad de atención de los adolescentes, tanto las mujeres, como los varones, en especial aquellos/as en situación de vulnerabilidad social, que en el sistema tradicional de salud no encuentran aún oportunidades de atención, enfatizando las acciones preventivas y promocionales de manera de evitar complicaciones y daños difíciles de revertir y de alto costo para el sector salud”.

Descripción de la Experiencia:

El Programa “Espacios Amigables para la Salud de Adolescentes en Atención Primaria de Salud” se adecúa a las necesidades que hombres y mujeres adolescentes tienen en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, encontrando formas de intervención que respondan a sus expectativas y que constituyen una invitación para atraerlos al servicio. Para ello, establece horarios especiales de atención, garantiza profesionales idóneos para el trabajo con adolescentes y el trato a los y las adolescentes se da en un marco de respeto y confidencialidad.

Funcionamiento de la Experiencia:

Durante el año 2009, el Programa funcionaba dos veces a la semana, los días lunes y jueves de 16:00 a 20:00 hrs. A partir del año 2010, el Programa funcionará los días lunes y jueves de 17:00 a 20:00 hrs. destinado a Atención directa en box y los días miércoles de 17:00 a 19:00 hrs. destinado a trabajo comunitario.

Estrategias/Líneas de Acción de la Experiencia:

- ✓ Implementación de espacio físico exclusivo para la atención de adolescentes.
- ✓ Coordinaciones con Instituciones.
- ✓ Atención directa de adolescentes.
- ✓ Actividades de educación grupal de promoción en autocuidado y estilos de vida saludable.
- ✓ Realización de Diagnóstico de Salud Adolescente en la Comuna de Quilpué.
- ✓ Realización de Proyecto de Atención Adolescente para año 2010.

Actividades correspondientes a los objetivos establecidos en el Programa:

Las actividades que realizan son definidas por el Programa, y son las siguientes:

- ✓ Evaluación integral de los y las adolescentes y jóvenes consultantes de 10 a 19 años.
- ✓ Examen de Medicina Preventiva a adolescentes y jóvenes.
- ✓ Consejería en resiliencia, habilidades para la vida y familia.
- ✓ Orientación y acompañamiento de los recursos disponibles en salud, desde la perspectiva de los derechos y empoderamiento de adolescentes y sus organizaciones de salud.
- ✓ Consejería en SSR a consultantes solas/os o en parejas.
- ✓ Control de la fertilidad a consultantes que concurren en pareja y adolescentes hombres o mujeres que concurren solos, que no desean hacerlo en los horarios habituales por razones

<p>de privacidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnóstico de embarazo a adolescentes que concurren solas o en pareja. ✓ Actividades comunitarias de promoción en salud integral con énfasis en SSR para adolescentes y jóvenes. <p>Además de estas actividades los adolescentes pueden ser derivados para ser atendidos en el programa, de acuerdo a las necesidades detectadas por todos los profesionales del equipo.</p>	
<p>Principales desafíos que enfrentaron en su desarrollo para lograr los objetivos planteados:</p>	
<p>El principal desafío identificado por las responsables del Programa se relaciona con la comunicación descendente que mantienen con el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. De esta forma, a pesar de que el Servicio de Salud suministra la información necesaria, ésta se pierde con frecuencia o resulta distorsionada al descender por otras autoridades hasta el Centro de Salud, impidiendo una efectiva retroalimentación.</p>	
<p>Articulación de Actores:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cooperación de actores públicos (Programa de Salud Escolar). ✓ Cooperación de actores de la sociedad civil (Aldeas S.O.S., Refugio de Cristo). 	
<p>Resultados/Logros de la Experiencia:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento de oportunidades de atención de los y las adolescentes y jóvenes. ✓ Aumento de demanda de atención por parte de adolescentes y jóvenes, al entregarles un espacio dedicado para su atención. ✓ Disminución de costos a mediano y largo plazo, en tratamientos de salud en general como consecuencia de la labor preventiva en temas de salud para los adolescentes y jóvenes. ✓ Mejoramiento de la imagen corporativa que el consultorio de atención primaria de Quilpué mantiene con sus usuarios al manifestar su preocupación por adolescentes y jóvenes. ✓ Mejora en la atención que el personal del consultorio entrega a adolescentes y jóvenes. 	
<p>Juicio Profesional de la Experiencia: Análisis de Potencialidades y Vulnerabilidades.</p>	
P	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El Programa se convierte en la puerta de entrada de muchos adolescentes al CES. ✓ Buena Comunicación con el resto del Equipo de Salud. ✓ Buena acogida de la Comisión Mixta de Salud, la cual se convierte en un apoyo para la Promoción del Programa, desde sus inicios.
V	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escasas horas destinadas a las Intervenciones Comunitarias. ✓ Interés de los adolescentes centrado en la entrega de métodos anticonceptivos o consultas específicas y escasa motivación por actividades educativas en el CES. ✓ Barreras de uno de los Establecimientos Educativos para la realización de charlas educativas de Salud Reproductiva.

EVALUACIÓN PROFESIONAL DEL CICLO II DE INTERVENCIÓN

❖ Evaluación por Fases.

▪ Fase I:

Fase	Objetivo Específico	Indicador	Medio de Verificación	Nivel de Cumplimiento
Caracterización General de Experiencias de Programa de Salud Adolescente en CES de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué	Conocer en el terreno, las experiencias del Programa de Salud Adolescente en CES de las comunas de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué, con el fin de transmitir los procedimientos relacionados con ésta modalidad al CESFAM Miraflores.	Al término de esta fase: -Se habrán adquirido conocimientos que contribuyan a implementar el programa adolescente del CESFAM Miraflores.	-Informes Técnicos. -Registros Fotográficos.	Se alcanza el 100% de los indicadores de cumplimientos definidos para la fase.
TOTAL				100% Logrado
Juicio Evaluativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Potencialidades del Proceso: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Buena disposición de los responsables del Programa de Salud Adolescente para conceder entrevista a la alumna seminarista. ✓ Efectivamente se conocen buenas prácticas de salud adolescente. ✓ En general, los responsables del Programa suministran material solicitado. ▪ Vulnerabilidades del Proceso: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Escasas experiencias del Programa de Salud Adolescente en centros de salud de atención primaria. ✓ Documentación del “Programa Espacios Amigables para la Salud de Adolescentes en APS” (Orientaciones Técnicas, etc.) inaccesible en internet. ✓ Procedimiento burocrático en el CES de Quilpué para concretar el encuentro. 			

	<p>✓ Falta de voluntad de una de las responsables del Programa del CES Padre Damián, de la Comuna de Valparaíso para suministrar material solicitado.</p>
	<p>▪ Juicio Evaluativo:</p> <p>El objetivo se considera <i>logrado</i>, puesto que las visitas programadas fueron realizadas, consiguiendo conocer las experiencias de los CES que ofrecen servicios exclusivos para adolescentes y habiendo recabado la información necesaria sobre los elementos específicos de la entrega de este servicio, el cual es capaz de atraer efectivamente a los adolescentes, atender sus necesidades cómoda y responsablemente, y retenerlos para una atención continua.</p>

❖ Evaluación del Tiempo:

- Tabla Gantt: Tiempo Programado - Tiempo Real.

FASE	TIEMPO (SEMANAS)							
	ENERO				FEBRERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Caracterización General de Experiencias de Programa de Salud Adolescente en CES de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué	♣	♣	♣	♣	♣	♣	♣	♥
		♦			♦	♦		♦
Juicio Evaluativo	De acuerdo a la Tabla Gantt, es posible observar que se destinaron siete semanas para realizar el proceso de intervención, el cual incluyó contactar a los responsables del Programa de Salud Adolescente de cada uno de los CES participantes del proceso, la ejecución propiamente tal y la caracterización general de las experiencias. Sin embargo, la concertación de entrevistas estuvo sujeta a la disponibilidad de los respectivos responsables y, por tanto, la planificación del tiempo estuvo afecto a variaciones, las cuales no interfirieron en el cumplimiento del II Ciclo de intervención profesional.							

NOMENCLATURA					
♣	Tiempo Programado	♥	Tiempo de Holgura	♦	Tiempo Real

❖ Evaluación de los Recursos:

	DESCRIPCIÓN
Recursos Humanos	<p>Para la realización de la intervención profesional se requirió de los siguientes recursos humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsables del Programa de Salud Adolescente de los CES participantes del proceso. • Supervisor Institucional. Alumna Seminarista.
Juicio Evaluativo	<p>La colaboración proporcionada por los profesionales pertenecientes a los CES participantes del proceso, se considera de gran apoyo para la ejecución de éste, destacando especialmente la accesibilidad del CES Nueva Aurora y del CECOV Las Palmas Chilenas II, logrando ser satisfechas las necesidades de información.</p> <p>En cuanto al desempeño del supervisor institucional, durante este segundo ciclo de intervención, éste cumplió un rol de guía para la alumna en cuanto a la preparación de las entrevistas a realizar. Asimismo, el supervisor mostró interés en la intervención, manteniéndose informado de las actividades que realizaba la alumna fuera del centro de salud.</p> <p>En lo que respecta al desempeño de la alumna seminarista, ésta considera que fue responsable y organizada para gestionar y coordinar el proceso de intervención.</p>
Recursos Materiales	<p>Para la realización de la intervención profesional se requirió de los siguientes recursos materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto financiero.
Juicio Evaluativo	<p>Los recursos financieros, contemplados para efectos de movilización hacia los centros de salud participantes del proceso, fueron solventados por la alumna seminarista.</p>
Recursos Institucionales	<p>Para la realización de la intervención profesional se requirió de los siguientes recursos institucionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentos del Programa de Salud Adolescente, suministrados por CES participantes del proceso.
Juicio Evaluativo	<p>El material requerido para anexar a los registros de cada una de las experiencias, fue suministrado por tres de los CES participantes del proceso, sólo el CES Padre Damián de la Comuna de Valparaíso no hizo entrega de ellos, aún cuando la alumna seminarista insistiera en dicha solicitud a la responsable del Programa, Srta. Karla González, Asistente Social. Pese a ello, aquellos documentos suministrados por el resto de los CES se evalúan como suficientes para complementar la caracterización de las experiencias.</p>



4.3 CICLO III INTERVENCIÓN PROFESIONAL

A. ESCUELA BÁSICA MINISTRO ZENTENO

B. ESCUELA BÁSICA LA PARVA



**A. ESCUELA BÁSICA MINISTRO
ZENTENO**



**COLECTIVO DE TRABAJO: ALUMNOS Y
ALUMNAS**

**FASE I: PROMOCIÓN DE SALUD
ADOLESCENTE EN CONVIVENCIA
ESCOLAR**

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN SESIÓN N°1

Fase	Objetivo Específico	N° de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover la convivencia pacífica en el ámbito escolar.	Sesión N°1: “La Convivencia en las Aulas y la Violencia Escolar”	En esta actividad se abordarán los distintos tipos de violencia escolar que surgen en el aula y la responsabilidad compartida de todos los miembros de la comunidad educativa en la mejora de la convivencia escolar.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alumna Seminarista. -Alumnos/as Participantes. -Profesora 7° Básico. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cámara Fotográfica. -Casos a Analizar. -Cuerda para extender el Tendedero. -Perros de Ropa. -Carteles del Tendedero. -Camisetas de papel. -Lápices y Scotch. 	<p>Fecha: 07 de Abril de 2010.</p> <p>Hora: 12:00 hrs.</p> <p>Duración: 75 minutos.</p> <p>Lugar: Escuela Ministro Zenteno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Análisis de Casos. -Preguntas de Reflexión. -Educación Informal.

REGISTRO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL SESIÓN N°1

1. Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Alumnos/as de 7° Básico
Fecha	07 de Abril de 2010.
Hora	12:00 hrs.
Lugar	Escuela Ministro Zenteno
N° de Participantes	32 Alumnos/as
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivos Específicos de la Sesión:

- ▶ Identificar las distintas formas de violencia escolar.
- ▶ Reflexionar acerca de la responsabilidad de todos en la solución o continuidad de la existencia de violencia escolar.

Estrategia de Trabajo:

- ▶ Presentación de casos y ejercicio didáctico.

Descripción de la Sesión:

Se dio inicio a la sesión con la presentación de dos casos de bullying, uno ficticio, en que se relataba la historia de una mujer adulta arrepentida de haber victimizado a una compañera en su etapa escolar y uno real, el caso de Pamela Pizarro, adolescente víctima de bullying en nuestro país. Tras la exposición de ambos casos, se analizaron las posibles pautas de actuación para remediar los problemas que planteaban estas historias.

Finalizado este primer ejercicio, la alumna seminarista presentó la dinámica denominada "El tendedero de la violencia", cuya intención era hablar tanto sobre la violencia que practicamos como aquella que es practicada contra nosotros, y de nuestros sentimientos con relación a esto. Para ello, entregó a cada participante dos camisetas de papel, explicándoles que debían escribir en ellas: "violencias practicadas contra mí" y "violencias que yo practico", y que luego de tenderlas en el tendedero se leerían y comentarían cada una de las respuestas.

3.- Análisis Grupal de la Actividad:

Metodología de Trabajo: El análisis de casos generó un interés significativo en los participantes, siendo un recurso eficiente para iniciar la sesión, asimismo, la actividad que pretendía identificar las formas de violencia que los participantes practican y que practican hacia ellos, permitió analizar la calidad de la convivencia de forma lúdica, consiguiendo poner en escena los procedimientos de resolución de conflictos que utilizan.

Dinámica Grupal: Las técnicas utilizadas permitieron promover la participación activa de todos los integrantes del grupo a través de un clima informal, logrando expresarse en torno a las

formas de violencia que experimentan al interior de la escuela.

Rol de los y las Participantes: Los participantes mantuvieron una muy buena disposición a participar y colaborar a lo largo de la sesión, lo cual influyó en la positiva dinámica de trabajo e interacción entre los participantes y la facilitadora.

Rol de la Facilitadora: La alumna seminarista fomentó el intercambio de ideas y soluciones para los problemas de los casos presentados. Junto con, controlar la participación espontánea del grupo en la actividad "el tendedero de la violencia".

4.- Análisis Teórico Conceptual de la Actividad:

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Problemáticas de Salud Adolescente</p>	<p>En opinión de los participantes, las formas de violencia que mayormente se cometen en la escuela, corresponden a la violencia física y la violencia verbal. Probablemente, la dificultad de visibilizar la violencia psicológica sucedería, porque a diferencia del maltrato físico o verbal, este tipo de violencia es más difícil de percibir. Manifestándose a través de palabras hirientes, descalificaciones, humillaciones, gritos e insultos.</p> <p>No obstante, los participantes creen que la violencia psicológica es peor que otras, al considerar que las consecuencias de esta forma de violencia son más graves para la víctima, viéndose deteriorada su autoestima. En efecto, la violencia física produce inmediatamente una lesión, pero la violencia psicológica, actúa en el tiempo. Por lo tanto, es un daño que se va acentuando y consolidando en el tiempo y cuanto más tiempo persista, mayor será el daño.</p> <p>Otro aspecto relevante, dice relación con que generalmente cuando los participantes sufren violencia, la conducta agresiva es combatida con más violencia, la cual es considerada como un modo de resolución de conflictos. Sin embargo, más que solucionar el conflicto tiende a perpetuarlo y a hacer de su uso un modo habitual de enfrentar y "resolver" situaciones conflictivas: <i>"Molesto cuando me molestan"</i>, <i>"Le pego a los que hacen desorden"</i>.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar</p>	<p>En Chile el impacto y la relevancia que ha adquirido el fenómeno de la violencia escolar es reciente y ha estado vinculado a la amplia difusión realizada por los medios de comunicación a episodios ocurridos en el último tiempo. En este contexto, el Ministerio de Educación formuló la Política de Convivencia Escolar, teniendo como propósito, promover, orientar y articular un conjunto de acciones a favor de la formación y el ejercicio de los valores de convivencia en la cultura escolar, entendiendo que innovar para mejorar la convivencia posibilita el desarrollo de competencias básicas para aprender a ser y a vivir junto a otros en contextos diversos y, a veces, también adversos.</p> <p>En este sentido, los participantes consideran que un factor fundamental para conseguir la calidad que propone nuestro sistema educativo es la educación de la no violencia y del respeto hacia las personas.</p>



MATRIZ DE PROGRAMACIÓN SESIÓN N°2

Fase	Objetivo Específico	N° de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover la convivencia pacífica en el ámbito escolar.	Sesión N°2: “Estilos de Comunicación y Habilidades Comunicativas”	En esta actividad se reflexionará sobre la importancia de la comunicación en la vida diaria y su relación con la resolución de conflictos.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alumna Seminarista. -Alumnos/as Participantes. -Profesora 7° Básico. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sala Multiuso. -Cámara Fotográfica. -Power Point: “Estilos de Comunicación y Habilidades Comunicativas”. -Test de discriminación de respuestas pasivas, agresivas y asertivas. 	<p>Fecha: 14 de Abril de 2010.</p> <p>Hora: 12:00 hrs.</p> <p>Duración: 60 minutos.</p> <p>Lugar: Escuela Ministro Zenteno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Lluvia de Ideas. -Charla Educativa. -Sociodrama. -Discusión en grupos.

REGISTRO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL SESIÓN N°2

1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Alumnos/as de 7° Básico
Fecha	14 de Abril de 2010
Hora	12:00 hrs.
Lugar	Escuela Ministro Zenteno
N° de Participantes	32 Alumnos/as
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivos Específicos de la Sesión:

- ▶ Diferenciar los estilos de comunicación: Agresivo, Pasivo y Asertivo.
- ▶ Ejercitar la comunicación asertiva.

Estrategia de Trabajo:

- ▶ Exposición del tema y asignación de tareas.

Descripción de la Sesión:

La sesión inició con una charla educativa sobre la comunicación, los estilos de comunicación y las habilidades comunicativas. Una vez que los participantes lograron identificarse con uno de los estilos básicos de la comunicación, la alumna seminarista solicitó la participación de 6 integrantes (formados en parejas), a quienes les indicó, dramatizar la siguiente situación: *“Pedro llega a su casa y se da cuenta que su hermano Juan se ha puesto su camisa nueva”*. A una de las parejas se les indicó que respondieran en forma pasiva, es decir que sienten ira, pero no dicen nada; a la segunda pareja, que diera una respuesta agresiva: *“insulta, grita y quiere pegar”* y a la tercera pareja que manifestara su molestia en forma adecuada a la situación. Posteriormente, se realizaron preguntas de reflexión, identificando las características de cada uno de los estilos de comunicación representados, junto con las principales habilidades de comunicación para aprender a dialogar y discutir de forma constructiva.

Para finalizar, se agrupó a los/as participantes en duplas y se les entregó un test de discriminación de respuestas, debiendo analizar las situaciones que se presentaban y decidir si la respuesta era pasiva, agresiva o asertiva.

3.- Análisis Grupal de la Actividad:

Metodología de Trabajo: Las técnicas seleccionadas para ésta sesión permitieron que los participantes pusieran en práctica lo aprendido. Es así que, los voluntarios del sociodrama, lograron representar los estilos básicos de comunicación, demostrando además que por medio de la asertividad podemos expresar a los otros cómo nos sentimos o qué necesitamos, sin ser agresivos. Posteriormente, a través del test de discriminación de respuestas, el conjunto de los participantes reforzaron los contenidos.

Dinámica Grupal: La temática resultó ser de interés para los/as alumnos/as, esto generó una participación activa a lo largo de la sesión, estableciéndose un ambiente positivo. Esto se evidenció, en el interés de los alumnos, por leer las diapositivas, al responder a las preguntas que realizaba la facilitadora, a participar en la representación y trabajar en equipo para resolver el test.

Rol de los y las Participantes: Desde el inicio de la sesión, los participantes se mostraron motivados por la actividad, buscando ubicación en la posición más cercana al lugar donde se proyectaba el Power Point, manteniéndose atentos a la charla y muy participativos en las tareas asignadas.

Rol de la Facilitadora: El rol de la alumna seminarista, se caracteriza por una actitud amigable con los/as participantes y por apoyarse de recursos creativos, de modo de brindar confianza y motivación para que ellos y ellas expresen sus opiniones y experiencias relacionadas con la temática abordada.

4.- Análisis Teórico Conceptual de la Actividad:

Problemáticas de Salud Adolescente	<p>De acuerdo a las respuestas entregadas por los participantes, se puede establecer que es relevante el estilo de comunicación agresivo; ya que a la hora de enfrentar un conflicto con los pares, varios de los/as participantes se identificaron con el estilo de comunicación agresiva.</p> <p>Finalmente, los/as participantes concluyeron que los conflictos se resuelven conversando. En ese momento, se les explicó que la actuación asertiva ayuda a que las personas controlen su comportamiento, siendo menos temerosas y más expresivas sin llegar a la agresividad y hostilidad. Efectivamente, las personas deben estar preparadas para manejar inteligentemente los conflictos interpersonales, porque de no manejarse con cuidado, estos conflictos pueden causar sentimientos negativos y peor aún dar pie a la violencia.</p>
Promoción de la Salud Adolescente en Convivencia Escolar	<p>Desde la promoción de la salud, la asertividad y las habilidades comunicativas ayudan a que los adolescentes adquieran las competencias necesarias para un mejor desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los conflictos de la vida diaria.</p> <p>Para ello, se debe lograr que el adolescente conozca y haga suyas determinadas habilidades que al ser empleadas en la vida cotidiana, le permitan tener estilos de vida más saludables.</p> <p>Al respecto, la actividad realizada, propició un espacio donde los/as participantes ejercitaron algunas habilidades comunicativas, tales como, la habilidad de traer los conflictos a la luz, desplegar una conducta de atención y escucha real del interlocutor, aceptar los sentimientos de éste y responder con empatía, concepto que fue explicado durante la charla educativa, ya que los participantes no conocían su significado.</p>



MATRIZ DE PROGRAMACIÓN SESIÓN N°3

Fase	Objetivo Específico	N° de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover la convivencia pacífica en el ámbito escolar.	Sesión N°3: “El Conflicto”	En esta actividad se trabajará en torno al concepto del Conflicto, intentando que los participantes transiten desde su concepción negativa (sinónimo de violencia) a una concepción positiva (oportunidad de mejora de la convivencia), de acuerdo a cómo sea el proceso de resolución del conflicto.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alumna Seminarista. -Alumnos/as Participantes. -Profesora 7° Básico. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sala Multiuso. -Cámara Fotográfica. -Power Point: “El Conflicto”. -Tres cartulinas con los nombres de los planetas. -Tarjetas con los roles de la dramatización. 	<p>Fecha: 21 de Abril de 2010</p> <p>Hora: 12:00 hrs.</p> <p>Duración: 60 minutos.</p> <p>Lugar: Escuela Ministro Zenteno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Charla Educativa. -Sociodrama. -Preguntas Reflexivas.

REGISTRO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL SESIÓN N°3

1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Alumnos/as de 7° Básico
Fecha	21 de Abril de 2010
Hora	12:00 hrs.
Lugar	Escuela Ministro Zenteno
N° de Participantes	32 Alumnos/as
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivos de la Sesión:

- ▶ Explorar la concepción de conflicto que tienen los y las participantes.
- ▶ Ejercitar la capacidad de dialogar y negociar.

Estrategia de Trabajo:

- ▶ Exposición del Tema y Ejercicio Didáctico.

Descripción de la Sesión:

Se dio inicio a la sesión con una charla educativa sobre el concepto del "Conflicto", de modo que los participantes comprendieran que no siempre se trata de una situación negativa.

Finalizada la charla, se dividió a los participantes en tres subgrupos, a cada uno se les entregó un problema, el cual daba cuenta de un conflicto entre dos personas, que había terminado en un asesinato, hasta ahora inexplicable. Junto con una serie de pistas, que podían ayudar en el esclarecimiento de la muerte. De manera que, cada grupo debía estudiar todos los datos para llegar a la solución del problema en el menor tiempo posible.

Una vez terminado el ejercicio, se analizó con los y las participantes la raíz del conflicto, los costos de la forma en que los protagonistas resolvieron el conflicto, los sentimientos y actitudes aflorados en los protagonistas, los valores que fueron omitidos en la resolución del conflicto, y finalmente el modo en que los/as participantes habrían negociado un acuerdo beneficioso para ambas partes sin llegar a la violencia.

3.- Análisis Grupal de la Actividad:

Metodología de Trabajo: Tomándose en consideración, que la actividad planificada para esta sesión no tuvo los resultados esperados en la Escuela La Parva, fue necesario realizar cambios en la estrategia metodológica, a fin de favorecer la participación de los/as alumnos/as. Por ende, la técnica del sociodrama fue reemplazada por las técnicas de discusión en grupos y análisis de caso, persiguiendo los mismos objetivos, pero de un modo más atractivo para los y las participantes.

Dinámica Grupal: Los miembros de los grupos presentaron dificultades para organizarse en la solución del problema. Observándose diversas situaciones, tales como, la formación de subgrupos que comentaban entre sí, pero sin intercambiar información con el resto, la ausencia de alguien que moderara la discusión, participantes que hablaban a la vez y participantes que querían acaparar el material para resolver individualmente el problema.

Rol de los y las Participantes: Si bien, los/as participantes presentaron dificultades para discutir en grupos adecuadamente, al final fueron capaces de resolver el problema y realizar reflexiones a partir del ejercicio didáctico.

Rol de la Facilitadora: Se considera que el desempeño de la alumna seminarista fue el apropiado, ya que alentó a los/as participantes en la revisión de conceptos asociados a los conflictos, junto con promover comportamientos y actitudes saludables.

4.- Análisis Teórico Conceptual de la Actividad:

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Problemáticas de Salud Adolescente</p>	<p>Algunos discursos y prácticas de los/as participantes, parecen asumir los conflictos desde una visión negativa, y en cierta medida, como sinónimo de violencias. En consecuencia, el abordaje de los conflictos implica expresiones violentas.</p> <p>Por otra parte, relacionan la convivencia con la armonía y el equilibrio, mientras que el conflicto lo analizan como un problema y obstáculo para la convivencia; como si la existencia de una supusiera la ausencia del otro. Sin embargo, mirar estos aspectos como contrarios, impide apreciar el conflicto desde una visión positiva, como una oportunidad de desarrollo personal y de mejora de la convivencia.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Promoción de la Salud Adolescente en Convivencia Escolar</p>	<p>Las concepciones que las personas tienen de los conflictos y los modos de convivir, inciden en las interacciones y las formas de actuar frente a las tensiones y confrontaciones cotidianas. Es decir, dependiendo como las personas conciben los conflictos, pueden optar por evadirlos o reconocerlos y potenciarlos en las interacciones sociales.</p> <p>Al respecto, los/as participantes coinciden en que el conflicto es algo negativo, resultado de una comunicación pobre y de la incapacidad de las partes para resolverlo adecuadamente, derivando en expresiones de violencia, arguyendo la fuerza de la costumbre.</p> <p>De ahí la importancia de fortalecer las habilidades para manejar los conflictos. En tal sentido, la actividad desarrollada implicó reconocer los distintos elementos del conflicto, relativos a los protagonistas y al proceso, de modo de superar las formas inadecuadas de enfrentar los conflictos que están acostumbrados a aplicar.</p>



MATRIZ DE PROGRAMACIÓN SESIÓN N°4

Fase	Objetivo Específico	N° de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover la convivencia pacífica en el ámbito escolar.	Sesión N°4: “Resolución Pacífica de Conflictos”	En esta oportunidad se trabajará en torno a la resolución pacífica de conflictos como la alternativa más ventajosa para sus protagonistas.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alumna Seminarista. -Alumnos/as Participantes. -Profesora 7° Básico. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sala Multiuso. -Cámara Fotográfica. -Tarjetas con los Roles de la dramatización. -Hojas de papel y lápices para los Observadores. -Papelógrafo para desarrollar el Método de Resolución de Conflictos. 	<p>Fecha: 28 de Abril de 2010</p> <p>Hora: 12:00 hrs.</p> <p>Duración: 60 minutos.</p> <p>Lugar: Escuela Ministro Zenteno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Educación Informal. -Lluvia de Ideas. -Preguntas Reflexivas.

REGISTRO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL SESIÓN N°4

1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Alumnos/as de 7° Básico
Fecha	28 de Abril de 2010
Hora	12:00 hrs.
Lugar	Escuela Ministro Zenteno
N° de Participantes	32 Alumnos/as
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivo Específico de la Sesión:

- ▶ Favorecer el diálogo entre los y las participantes para la búsqueda de soluciones a un determinado conflicto.

Estrategia de Trabajo:

- ▶ Ejercicio Didáctico y Análisis Grupal.

Descripción de la Sesión:

Se dio inicio a la sesión con la presentación de la dinámica a realizar denominada: "Fumadores y No Fumadores". Para ello, la alumna seminarista repartió distintos roles a seis participantes voluntarios y definió la situación de partida (En una oficina, hay fumadores y no fumadores, mucho trabajo por hacer y se reúnen todos en una pequeña pausa). El resto de los participantes, quienes no tenían rol, debían observar la dramatización y tomar nota de las posturas mantenidas, actitudes, nivel de comunicación y otros elementos del conflicto.

Una vez aflorado el conflicto, se terminó con la dramatización y en grupo se evaluó a través del Método de Resolución de Conflictos: Ver, Juzgar y Actuar.

Finalmente, se aplicó el test evaluativo del Taller.

3.- Análisis Grupal de la Actividad:

Metodología de Trabajo: Las técnicas utilizadas fomentaron un espacio de discusión, en el que los y las participantes pudieron intercambiar sus ideas frente a la situación conflictiva planteada, constituyendo una oportunidad para analizar diferentes alternativas de solución del conflicto, el que intentaron abordar a través del método "Ver, Juzgar y Actuar".

Dinámica Grupal: Si bien los participantes lograron interesarse en la actividad y participar activamente, tuvieron dificultades para manejar la situación conflictiva y proponer posibles maneras de resolución.

Rol de los y las Participantes: La actividad desarrollada, generó un espacio propicio para que los y las participantes manejaran algunas estrategias para resolver la situación conflictiva, participando en su transformación.

Rol de la Facilitadora: La alumna seminarista se posicionó como coordinadora, participando en forma activa dentro del sociodrama, principalmente ayudando a cada participante a desarrollar su rol, mediante el cual aportaban al proceso de enseñanza-aprendizaje.

4.- Análisis Teórico Conceptual de la Actividad:

Problemáticas de Salud Adolescente	<p>Al respecto, el ejercicio propuesto planteaba que los/as participantes se desarrollaran en una situación conflictiva y lograran considerar los intereses de las partes involucradas para llegar a un acuerdo.</p> <p>No obstante, quienes dramatizaron la situación conflictiva no mostraron una disposición a ceder para llegar a una salida que beneficiara a todos. En realidad, la estrategia utilizada para abordar el conflicto fue la de “gano-pierdes”, en que los fumadores ganaron (continuaron fumando, sin hacer caso a los reclamos de la otra parte) y los no fumadores sufrieron la derrota.</p> <p>Por lo anterior, la resolución del conflicto implicó realizar una comprensión del conflicto en torno a las diferencias esenciales de incompatibilidad (intereses, deseos, objetivos, valores...) y los elementos distorsionadores (mala comunicación, mal entendimiento del proceso). De modo de que los y las participantes, entendieran que el conflicto es un aspecto más o menos permanente de sus vidas y que para su solución es necesaria la comprensión del otro y la negociación.</p>
Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar	<p>Como todo proceso de construcción social, el conflicto, puede resultar positivo o negativo, y tiene posibilidades de ser conducido, transformado y superado. Es decir, en la medida que sepamos gestionarlo bien, permite establecer relaciones cada vez más cooperativas. De ahí que la negociación resulte imprescindible.</p> <p>En este sentido, la actividad desarrollada planteaba que los y las participantes ejercitaran la capacidad de diálogo y la cooperación como forma de resolver los conflictos, representando la salida más ventajosa para sus protagonistas, al ceder cada uno, una porción de sus intereses en beneficio de una colaboración que satisface tanto las necesidades como los intereses recíprocos.</p> <p>Al respecto, el grado de apertura al diálogo y de flexibilidad de posturas de los alumnos fue deficiente, lo cual concuerda con la nula educación en resolución pacífica de conflictos que poseen. Siendo necesario, educar a enfrentar y resolver los conflictos de forma no violenta, lo cual implica comprender el conflicto y sus componentes, así como desarrollar actitudes y estrategias para resolverlos.</p>



EVALUACIÓN PROFESIONAL DEL CICLO III DE INTERVENCIÓN

A. Escuela Ministro Zenteno.

❖ Evaluación por Fases.

▪ Fase I:

Fase	Objetivo Específico	Indicador	Medio de Verificación	Nivel de Cumplimiento
Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover la convivencia pacífica en el ámbito escolar.	Al término de esta fase: -El 70% de la población beneficiaria demuestra comprensión en los siguientes contenidos: • La Convivencia en las Aulas y la Violencia Escolar. • Estilos de Comunicación y Habilidades Comunicativas. • El Conflicto. • Resolución Pacífica de Conflictos.	-Registros de Intervención. -Registros Fotográficos. -Prueba de Medición de Contenidos Formativos.	Se alcanza el 87,5% de los indicadores de cumplimientos definidos para la fase.
TOTAL				87,5% Logrado
Juicio Evaluativo	<p>▪ Potencialidades del Proceso:</p> <p>✓ El proceso socioeducativo se realizó tomando en cuenta el diagnóstico inicial, es decir, de acuerdo a los intereses y necesidades de los/as participantes.</p> <p>✓ Se incursionó en los contenidos básicos para mejorar la convivencia escolar.</p> <p>✓ La experiencia obtenida de la intervención profesional del I Ciclo, permitió perfeccionar la organización el nuevo proceso (creatividad de las actividades, distribución de materiales, número de subgrupos, control del tiempo, etc.).</p> <p>✓ La metodología y las técnicas educativas elegidas favorecieron la comunicación horizontal, la discusión de puntos de vista, así como la</p>			

<p>reflexión de los/as participantes en relación a los contenidos desarrollados.</p> <p>✓ Los/as participantes demostraron una alta motivación frente a las actividades propuestas, evidenciada en su buena disposición, escucha activa, colaboración y participación enérgica, creando un clima agradable y favorecedor de aprendizajes.</p> <p>✓ Buena disposición de la Directora y Profesora Jefe del grupo curso para llevar a cabo las sesiones de intervención.</p> <p>▪ Vulnerabilidades del Proceso:</p> <p>✓ En conformidad con el Plan de Trabajo, la intervención profesional se llevaría a cabo con los/as participantes del I Ciclo. Sin embargo, la institución decidió que la población beneficiaria fuera distinta a la anterior, porque ese curso no presentaba problemas de convivencia y además habían sido intervenidos previamente en esta temática.</p> <p>✓ En general, el grupo curso se destacó por su buena disposición, pero en ocasiones, algunos alumnos realizaban interrupciones, lo que interfería con el adecuado desarrollo de las actividades.</p> <p>▪ Juicio Evaluativo:</p> <p>El objetivo se considera <i>logrado</i>, puesto que los/as participantes demostraron haber comprendido los beneficios de la buena convivencia escolar, a través de una sensibilización dirigida a la no violencia, la práctica de habilidades comunicacionales y la búsqueda de nuevas formas de resolución de conflictos. De este modo, el proceso socioeducativo representó un espacio para que los/as participantes potenciaran las buenas relaciones interpersonales basadas en el respeto, el dialogo, la cooperación, la ayuda, la escucha activa y el rechazo de la violencia, condiciones básicas para mejorar la convivencia.</p>

❖ Evaluación del Tiempo:

▪ Tabla Gantt: Tiempo Programado - Tiempo Real.

FASE	TIEMPO (SEMANAS)							
	MARZO				ABRIL			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar		♣	♣	♣	♣	♥	♥	♥
					♦	♦	♦	♦
Juicio Evaluativo	De acuerdo con lo señalado en la Tabla Gantt, es posible observar que la intervención profesional logró llevarse a cabo recién en el mes de Abril, como consecuencia de la designación de la nueva directora del establecimiento educacional, quien demandó un tiempo para estudiar la propuesta con sus colaboradores. De ahí en adelante, el proceso de intervención se efectuó sin ningún inconveniente y dentro del tiempo de holgura.							

NOMENCLATURA					
♣	Tiempo Programado	♥	Tiempo de Holgura	♦	Tiempo Real

❖ Evaluación de los Recursos:

	DESCRIPCIÓN
Recursos Humanos	<p>Para la realización de la intervención profesional se requirió de los siguientes recursos humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alumnos y Alumnas participantes. • Equipo Directivo y Docente. • Alumna Seminarista.
Juicio Evaluativo	<p>Los alumnos y alumnas participantes del proceso de intervención, mantuvieron un excelente comportamiento en cada sesión, mostrándose motivados y con voluntad para participar enérgicamente en las actividades. En consecuencia, su desempeño se evalúa satisfactoriamente.</p> <p>Respecto a los profesionales del establecimiento educacional, es posible señalar la designación de una nueva Directora, la cual se mostró interesada en la intervención y en conjunto con la orientadora otorgaron su apoyo.</p> <p>En relación al desempeño de la alumna seminarista, éste se evalúa positivamente, al haber guiado aprendizajes y ejercitado habilidades para mejorar la convivencia entre los/as participantes.</p>
Recursos Materiales	<p>Para la realización de la intervención profesional se requirió de los siguientes recursos materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material Digital (Power Point). • Tarjetas con los Roles de las Dramatizaciones. • Impresiones (Casos a Analizar, Test de Discriminación de Respuestas). • Material Fungible (Carteles, Camisetas de Papel, Cuerda, Perros de Ropa, Plumones, Scotch). • Cámara Fotográfica.
Juicio Evaluativo	<p>Los recursos materiales utilizados, fueron proporcionados en su totalidad por la alumna seminarista y creados con una intencionalidad didáctica, es decir con la intención de facilitar los procesos de enseñanza y aprendizaje y propiciar la atracción de las actividades en los participantes. En base a lo anterior, es posible afirmar que los recursos materiales fueron pertinentes y adecuados a las características de los alumnos.</p>
Recursos Institucionales	<p>Para la realización de la intervención profesional se requirió de los siguientes recursos institucionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sala de Clases y Sala Multiuso. PC y Data Show.
Juicio Evaluativo	<p>El espacio físico dispuesto por el establecimiento educacional durante la primera sesión de intervención comprendió la sala de clases de los/as participantes, la cual resultó un tanto estrecha para realizar la actividad. Posteriormente, se dispuso de la sala multiuso, la cual ofrecía un espacio físico más amplio. En cuanto al PC y al Data Show, éste último nuevo, se encontraban en buenas condiciones y se aprovecharon al máximo, ya que se utilizaron en cada sesión.</p>



B. ESCUELA BÁSICA LA PARVA



**COLECTIVO DE TRABAJO: ALUMNOS Y
ALUMNAS**

**FASE I: PROMOCIÓN DE SALUD
ADOLESCENTE EN CONVIVENCIA
ESCOLAR**

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN SESIÓN N°1

Fase	Objetivo Específico	N° de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover la convivencia pacífica en el ámbito escolar.	Sesión N°1: “ La Convivencia en las Aulas y la Violencia Escolar”	En esta actividad se abordarán los distintos tipos de violencia escolar que surgen en el aula y la responsabilidad compartida de todos los miembros de la comunidad educativa en la mejora de la convivencia escolar.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alumna Seminarista. -Alumnos/as Participantes. -Profesora 8° Básico. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sala Multiuso. -Cámara Fotográfica. -Casos a Analizar. -Cuerda para extender el tendedero. -Perros de ropa. -Carteles del tendedero. -Camisetas de papel. -Lápices y Scotch. 	<p>Fecha: 17 de Marzo de 2010.</p> <p>Hora: 10:00 hrs.</p> <p>Duración: 60 minutos.</p> <p>Lugar: Escuela La Parva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Análisis de Casos. -Preguntas de Reflexión. -Educación Informal.

REGISTRO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL SESIÓN N°1

1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Alumnos/as de 8° Básico
Fecha	17 de Marzo de 2010
Hora	10:00 hrs.
Lugar	Escuela La Parva
N° de Participantes	24 Alumnos/as
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivos Específicos de la Sesión:

- ▶ Identificar las distintas formas de violencia escolar.
- ▶ Reflexionar acerca de la responsabilidad de todos en la solución o continuidad de la existencia de violencia escolar.

Estrategia de Trabajo:

- ▶ Presentación de casos y ejercicio didáctico.

Descripción de la Sesión:

Se dio inicio a la sesión con la presentación de dos casos de violencia escolar, uno ficticio, en que se relataba la historia de una mujer adulta arrepentida de haber victimizado a una compañera en su etapa escolar y uno real, el caso de Pamela Pizarro, adolescente víctima de bullying en nuestro país. Tras la exposición de ambos casos, se analizaron las posibles pautas de actuación para remediar los problemas que planteaban estas historias.

Finalizado este primer ejercicio, la alumna seminarista presentó la dinámica denominada “El tendedero de la violencia”, cuya intención era hablar tanto sobre la violencia que practicamos como aquella que es practicada contra nosotros, y de nuestros sentimientos con relación a esto. Para ello, entregó a cada participante dos camisetas de papel, explicándoles que debían escribir en ellas: “violencias practicadas contra mí” y “violencias que yo practico”, y que luego de tenderlas en el tendedero se leerían y comentarían cada una de las respuestas.

3.- Análisis Grupal de la Actividad:

Metodología de Trabajo: Esta primera actividad tuvo como fin sensibilizar a los/as participantes sobre el fenómeno de la violencia escolar. Para ello, se utilizaron tres técnicas educativas que se considera fueron de utilidad para que los/as participantes compartieran su lógica de resolver escenarios conflictivos, destacándose la intervención de dos alumnas, quienes relataron su experiencia sobre un conflicto vivido entre ellas. De esta forma, se obtuvo información sobre manifestaciones de violencia al interior del grupo curso y la ausencia de procedimientos adecuados para la resolución de conflictos.

Dinámica Grupal: Esta sesión, se llevó a cabo en un contexto de confianza y en el que hubo una adecuada participación grupal, puesto que cada participante logró referirse a violencias practicadas por él o contra él en el ámbito escolar, junto con los sentimientos experimentados por ello.

Rol de los y las Participantes: Los/as participantes se mostraron muy interesados durante la presentación de casos de víctimas de violencia escolar, motivándose a participar y expresar sus puntos de vista respecto a este tipo de situaciones. Lo anterior, se evidenció en las constantes preguntas y aportes pertinentes que realizaron durante la actividad.

Rol de la Facilitadora: La alumna seminarista aplicó metodologías participativas que permitieron conocer las opiniones y experiencias de los participantes referidas a la convivencia escolar e integrarlas en la sesión educativa. Asimismo, fue capaz de retomar el hilo de la conversación cuando los/as participantes se quedaban entrapados en temas secundarios o se desordenaban.

4.- Análisis Teórico Conceptual de la Actividad:

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Problemáticas de Salud Adolescente</p>	<p>Cuando se dan situaciones de violencia, las dimensiones implicadas pueden ser diversas, esto hay que tenerlo presente, ya que muchas veces se la toma en cuenta sólo en su dimensión física, puesto que es evidente y observable, dejando de lado otros tipos de violencia que pueden ser igual o más significativos para la víctima.</p> <p>En efecto, la violencia física es la más visibilizada por los/as participantes, entre tanto, los insultos o garabatos, los apodos y burlas, pueden ser ignorados o legitimados por el grupo curso, de acuerdo a lo expresado durante los ejercicios didácticos de la sesión, al indicar que los golpes son signos de violencia, no así, el trato brusco, garabatos o chistes pesados que pueden emplearse entre amigos, dándoles un carácter de normalidad a dichas prácticas.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar</p>	<p>Según el Ministerio de Educación, la Convivencia Escolar, constituye una construcción colectiva permanente y es responsabilidad del conjunto de los actores de la comunidad educativa. Por ello, una de las formas de prevenir la violencia y de avanzar en la construcción de una sana convivencia, donde los/as alumnos/as aprendan a respetar la dignidad de todos sus compañeros, es reconocer la importancia de la acción educativa en el ámbito de la convivencia.</p> <p>Sin embargo, los/as participantes tienen creencias que sustentan la violencia como una forma de reconocimiento y jerarquía social y afirman que una de las formas de enfrentar los problemas de convivencia es hacer vista gorda.</p>



MATRIZ DE PROGRAMACIÓN SESIÓN N°2

Fase	Objetivo Específico	N° de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover la convivencia pacífica en el ámbito escolar.	Sesión N°2: “Estilos de Comunicación y Habilidades Comunicativas”	En esta actividad se reflexionará sobre la importancia de la comunicación en la vida diaria y su relación con la resolución de conflictos.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alumna Seminarista. -Alumnos/as Participantes. -Profesora 8° Básico. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sala Multiuso. -Cámara Fotográfica. -Power Point: “Estilos de Comunicación y Habilidades Comunicativas”. -Test de discriminación de respuestas pasivas, agresivas y asertivas. 	<p>Fecha: 19 de Marzo de 2010</p> <p>Hora: 13:00 hrs.</p> <p>Duración: 60 minutos</p> <p>Lugar: Escuela La Parva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Lluvia de Ideas. -Charla Educativa. -Sociodrama. -Discusión en grupos.

REGISTRO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL SESIÓN N°2

1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Alumnos/as de 8° Básico
Fecha	19 de Marzo de 2010
Hora	13:00 hrs.
Lugar	Escuela La Parva
N° de Participantes	24 Alumnos/as
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivos Específicos de la Sesión:

- ▶ Diferenciar los estilos de comunicación: Agresivo, Pasivo y Asertivo.
- ▶ Ejercitar la comunicación asertiva.

Estrategia de Trabajo:

- ▶ Exposición del tema y asignación de tareas.

Descripción de la Sesión:

La sesión inició con una charla educativa sobre la comunicación, los estilos de comunicación y las habilidades comunicativas. Una vez que los participantes lograron identificarse con uno de los estilos básicos de la comunicación, la alumna seminarista solicitó la participación de 6 integrantes (formados en parejas), a quienes les indicó, dramatizar la siguiente situación: *“Pedro llega a su casa y se da cuenta que su hermano Juan se ha puesto su camisa nueva”*. A una de las parejas se les indicó que respondieran en forma pasiva, es decir que sienten ira, pero no dicen nada; a la segunda pareja, que diera una respuesta agresiva: *“insulta, grita y quiere pegar”* y a la tercera pareja que manifestara su molestia en forma adecuada a la situación.

Posteriormente, se realizaron preguntas de reflexión, identificando las características de cada uno de los estilos de comunicación representados y los mensajes verbales y no verbales observados.

Para finalizar, se agrupó a los/as participantes en duplas y se les entregó un test de discriminación de respuestas, debiendo analizar las situaciones que se presentaban y decidir si la respuesta era pasiva, agresiva o asertiva.

3.- Análisis Grupal de la Actividad:

Metodología de Trabajo: Los ejercicios didácticos del sociodrama y el test de discriminación de respuestas, éste último elaborado por la alumna seminarista, permitieron que los/as participantes pudieran quedarse no sólo con la charla educativa del inicio de la sesión, sino además aplicar lo aprendido, logrando que los objetivos de la sesión se cumplieran satisfactoriamente.

Dinámica Grupal: El grupo no tuvo buena disposición al momento de solicitar la participación de seis voluntarios para llevar a cabo la dramatización, lo que retrasó el inicio del ejercicio práctico. En cuanto a la disposición a trabajar en forma grupal en el test de discriminación de respuestas, ésta se dio satisfactoriamente.

Rol de los y las Participantes: Pese a que los/as participantes fueron reacios a tomar parte en la dramatización, ello no interfirió en la consecución de los objetivos, ya que lograron identificar su propio estilo de comunicación y forma en que resuelven los conflictos, así como la de sus compañeros.

Rol de la Facilitadora: La alumna seminarista introdujo los contenidos de la sesión mediante preguntas abiertas y lluvia de ideas, lo cual incentivó la participación de los/as alumnos/as.

4.- Análisis Teórico Conceptual de la Actividad:

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Problemáticas de Salud Adolescente</p>	<p>A la hora de enfrentar un conflicto con sus pares, gran parte de los/as participantes se identificó, en mayor medida, con el estilo de comunicación agresiva. Estilo caracterizado por la defensa de los derechos personales, y expresión de los sentimientos y opiniones de una manera inapropiada e impositiva que transgreden los derechos de las demás personas.</p> <p>Además, señalaron constantemente a una de sus compañeras como la persona que mejor representaba este estilo de comunicación basado en su conducta verbal (lenguaje desmedido, amenazador y discriminator), no verbal (voz muy alta, ademanes amenazadores) y forma de solucionar conflictos (opera bajo la posición Ganar/Perder). Conviniendo en que su forma de relacionarse con los demás era violenta y perjudicial para la sana convivencia del grupo.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar</p>	<p>Teniéndose presente que la mayoría de los conflictos entre las personas son consecuencia de una mala comunicación, durante esta sesión, se enfatizó que la asertividad es una alternativa saludable ante una conducta inadecuada, permitiendo expresar los sentimientos, actitudes, deseos y opiniones de un modo adecuado a cada situación social y resolver correctamente los conflictos que surjan, defendiendo los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido.</p> <p>En esta dirección estuvo centrado el ejercicio del sociodrama, el cual permitió que los participantes expresaran un conflicto de tres formas distintas, enfatizando la expresión verbal y no verbal, logrando demostrar que comunicar nuestros conflictos alivia la situación, y el expresarlos con claridad facilita el que nos entienda mejor quien escucha y se eviten posibles conflictos.</p>



MATRIZ DE PROGRAMACIÓN SESIÓN N°3

Fase	Objetivo Específico	N° de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover la convivencia pacífica en el ámbito escolar.	Sesión N°3: “El Conflicto”	En esta actividad se trabajará en torno al concepto del Conflicto, intentando que los participantes transiten desde su concepción negativa (sinónimo de violencia) a una concepción positiva (oportunidad de mejora de la convivencia).	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alumna Seminarista. -Alumnos/as Participantes. -Profesora 8° Básico. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cámara Fotográfica. -Power Point: “El Conflicto”. -Tres cartulinas con los nombres de los planetas. -Tarjetas con los roles de la dramatización. 	<p>Fecha:</p> <p>24 de marzo de 2010</p> <p>Hora:</p> <p>10:00 hrs.</p> <p>Duración:</p> <p>60 minutos.</p> <p>Lugar:</p> <p>Escuela La Parva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Charla Educativa. -Sociodrama. -Preguntas Reflexivas.

REGISTRO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL SESIÓN N°3

1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Alumnos/as de 8° Básico
Fecha	24 de Marzo de 2010
Hora	10:00 hrs.
Lugar	Escuela La Parva
N° de Participantes	24 Alumnos/as
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivos Específicos de la Sesión:

- ▶ Explorar la concepción de conflicto que tienen los y las participantes.
- ▶ Ejercitar la capacidad de dialogar y negociar.

Estrategia de Trabajo:

- ▶ Exposición del Tema y Ejercicio Didáctico.

Descripción de la Sesión:

Se dio inicio a la sesión con una charla educativa sobre el concepto del "Conflicto". Finalizada la charla, se dividió a los participantes en tres subgrupos, señalándoles que cada grupo sería un planeta y se les dio entrega de los roles de la dramatización (a cada grupo sólo el suyo), los cuales estaban diseñados para que surgieran conflictos de intereses entre los seres de los tres planetas. Una vez que afloraron los conflictos, se reunió a los participantes, mediante la celebración de una conferencia interplanetaria en la que se negociara un acuerdo beneficioso para todas las partes.

Finalmente, se realizó una evaluación partiendo de los sentimientos experimentados y comprobando las distintas actitudes y valores aflorados, el grado de conocimiento que cada grupo tenía con respecto a lo que ocurría, la falta de comprensión de la otra parte, el total de los conflictos surgidos y todos los medios puestos en práctica para resolverlos.

3.- Análisis Grupal de la Actividad:

Metodología de Trabajo: La metodología propuesta en esta sesión se centró en el análisis de los elementos que se distinguen en un conflicto, lo cual permitiría a los/as participantes explorar una posibilidad que supera las opciones conocidas de enfrentar situaciones difíciles. No obstante, la actividad no contó con la participación activa de los/as alumnos/as. Por lo anterior, el juicio profesional se orienta hacia la consecución de las actividades tal como se ha programado en la línea de los objetivos específicos en que se enmarcan, pero enfatizando en una estrategia mayormente lúdica para motivar a los/as participantes, a fin de lograr una internalización de los conocimientos que se desean entregar.

Dinámica Grupal: Los/as participantes intervinieron escasamente en la actividad, causando que la sesión finalizara antes delo planificado.

Rol de los y las Participantes: Si bien, los/as participantes expresaron algunas opiniones sobre las posibles formas de solucionar el conflicto, éstas no fueron numerosas para analizar y definir diversos procedimientos para enfrentarlos, como era lo esperado.

Rol de la Facilitadora: Para contrarrestar, en alguna medida, la escasa participación de los/as alumnos/as durante la actividad, la alumna seminarista debió intervenir en el grupo a base de preguntas abiertas y motivarlos para participar más activamente en el ejercicio didáctico.

4.- Análisis Teórico Conceptual de la Actividad:

Problemáticas de Salud Adolescente	<p>En esta actividad los/as participantes se vieron desafiados a analizar y sugerir soluciones a los conflictos aflorados en el sociodrama, lo cual no fue una tarea fácil. De hecho, uno de los tres subgrupos presentó mayores dificultades para articular el punto de vista del otro y por lo tanto, no lograron encontrar formas adecuadas de enfrentar los conflictos.</p> <p>La actividad realizada develó también, las emociones y sentimientos de las partes en conflicto, los que muchas veces no son claros y reconocibles a simple vista. En especial, se observaron las desconfianzas que tenían los integrantes de cada grupo para relacionarse con los otros, los cuales tenían costumbres completamente distintas a ellos.</p>
Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar	<p>Desde una perspectiva de promoción de mejores formas de convivencia se propone que los participantes sean educados sobre habilidades conducentes a escuchar, respetar, expresarse libremente sin ofender y negociar; tomando estas capacidades como herramientas necesarias para una convivencia pacífica, en donde se asume con naturalidad el conflicto.</p> <p>Durante la actividad desarrollada, los/as participantes debieron tomar decisiones para llegar a un acuerdo beneficioso para todas las partes, lo que implicó avanzar desde la idea de una batalla entre "enemigos", hacia una problemática a resolver mediante la conciliación.</p> <p>Ello incluyó trabajar habilidades vinculadas a aprender a convivir, tales como, la empatía y la tolerancia, que conducen a establecer relaciones interpersonales satisfactorias. E implicó hacer un esfuerzo por superar las formas inadecuadas de enfrentar los conflictos que están acostumbrados a aplicar los/as participantes, como son la negación (se evade, se desconoce, se invisibiliza) y el castigo (se sanciona, no se resuelve, no se escucha).</p>



MATRIZ DE PROGRAMACIÓN SESIÓN N°4

Fase	Objetivo Específico	N° de Sesión	Actividad	Recursos	Tiempo	Técnicas
Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover la convivencia pacífica en el ámbito escolar.	Sesión N°4: “Resolución Pacífica de Conflictos”	Esta sesión está orientada a que los y las participantes se trabajarán en torno a la resolución pacífica de conflictos como la alternativa más ventajosa para sus protagonistas.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alumna Seminarista. -Alumnos/as Participantes. -Profesora 8° Básico. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sala Multiuso. -Cámara Fotográfica. -Tarjetas con los Roles de la dramatización. -Hojas de papel y lápices para los Observadores. -Papelógrafo para desarrollar el Método de Resolución de Conflictos. 	<p>Fecha: 26 de Marzo de 2010.</p> <p>Hora: 13:00 hrs.</p> <p>Duración: 60 minutos.</p> <p>Lugar: Escuela La Parva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Educación Informal. -Sociodrama. -Preguntas Reflexivas.

REGISTRO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL SESIÓN N°4

1.- Datos Generales:

Colectivo de Trabajo	Alumnos/as de 8° Básico
Fecha	26 de Marzo de 2010
Hora	13:00 hrs.
Lugar	Escuela La Parva
N° de Participantes	24 Alumnos/as
Responsable	Alumna Seminarista

2.- Desarrollo de la Actividad:

Objetivo Específico de la Sesión:

- Favorecer el diálogo entre los y las participantes para la búsqueda de soluciones a un determinado conflicto.

Estrategia de Trabajo:

- Ejercicio Didáctico y Análisis Grupal.

Descripción de la Sesión:

Se dio inicio a la sesión con la presentación de la dinámica a realizar denominada: “Fumadores y No Fumadores”. Para ello, la alumna seminarista solicitó la participación de 6 integrantes, a quienes repartió distintos roles y definió la situación de partida (En una oficina, hay fumadores y no fumadores, mucho trabajo por hacer y se reúnen todos en una pequeña pausa). El resto de los participantes, quienes no tenían rol, debían observar la dramatización y tomar nota de las posturas mantenidas, actitudes, nivel de comunicación y otros elementos del conflicto.

Una vez aflorado el conflicto, se terminó con la dramatización y en grupo se evaluó a través del Método de Resolución de Conflictos: Ver, Juzgar y Actuar.

Finalmente, se aplicó el test evaluativo del Taller.

3.- Análisis Grupal de la Actividad:

Metodología de Trabajo: El sociodrama, permitió plantear una situación de conflicto, constituyendo una técnica útil para que los/as participantes aprendieran a describir conflictos, reconocer sus causas y consecuencias. En cuanto a la resolución del conflicto, mediante el método “Ver, Juzgar y Actuar”, fue útil para buscar posibles soluciones y distinguir las diferentes actitudes que adoptamos frente a un conflicto. Es así que a veces competimos, otras veces evadimos, o nos acomodamos, o cooperamos.

Dinámica Grupal: Los/as participantes lograron interesarse en la actividad y afrontar conflictos de una forma creativa, demostrando capacidad de escucha.

Rol de los y las Participantes: La resolución del conflicto, después de finalizado el sociodrama, se convirtió en un espacio que prolongó la participación tanto de quienes protagonizaron la experiencia lúdica como del resto de los alumnos que observaron dicha experiencia, a través del análisis y resolución del conflicto.

Rol de la Facilitadora: La alumna seminarista cuidó de que la mayor cantidad de alumnos/as participaran en las discusiones sobre las formas de resolver el conflicto presentado en el sociodrama, tomando su turno y que respetaran las opiniones expresadas por los/as otros/as, así como apoyar a los/as participantes a sumar aportes a la discusión.

4.- Análisis Teórico Conceptual de la Actividad:

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Problemáticas de Salud Adolescente</p>	<p>Para ejercitar la resolución de conflictos de maneras no violentas, la actividad desarrollada requería que los/as participantes se desarrollaran en una situación conflictiva y lograran llegar a un acuerdo beneficioso para ambas partes, en este caso, tanto para fumadores como para no fumadores.</p> <p>Sin embargo, los protagonistas del conflicto se mostraron más centrados en sus propios intereses que en la resolución del conflicto, es decir, en la lógica <i>“Yo gano, tú pierdes”</i>, en la que importa ganar y vencer al otro; en consecuencia el conflicto no se resuelve, la persona que pierde se queda resentida y dispuesta a tomar revancha.</p> <p>De hecho, el conflicto no logró ser resuelto adecuadamente por los protagonistas, ya que los fumadores resultaron ser los únicos ganadores, tras haber defendido con mayor fuerza su propio interés, pero sin haber respetado los intereses de los no fumadores.</p> <p>Por lo que, en el segundo momento de la actividad dedicado a la resolución del conflicto, hubo que analizar los distintos elementos del conflicto para que los/as participantes llegaran a una actitud cooperativa, en la que conseguir los propios objetivos es muy importante y respetar a las otras personas también lo es, ésta es la lógica <i>“Yo gano, tú ganas”</i>; que tiene como efecto que ambas partes se sienten respetadas en sus derechos y el conflicto se resuelve.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar</p>	<p>La resolución pacífica de conflictos persigue la cooperación como forma de resolver los enfrentamientos y representa la salida más ventajosa para ambas partes, pues cada una cede una porción de sus intereses en beneficio de una colaboración que satisface tanto las necesidades como los intereses recíprocos.</p> <p>En este sentido, la actividad desarrollada intentó demostrar que tanto el conflicto como la negociación constituyen un modo de relación rica y permanente de la vida cotidiana, a través de la capacidad de diálogo, de la empatía, de la escucha activa, de la asertividad y colaboración; competencias que involucran cualquier procedimiento de abordaje pacífico de conflictos.</p>



EVALUACIÓN PROFESIONAL DEL CICLO III DE INTERVENCIÓN

B. Escuela La Parva.

❖ Evaluación por Fases.

▪ Fase I:

Fase	Objetivo Específico	Indicador	Medio de Verificación	Nivel de Cumplimiento
Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover la convivencia pacífica en el ámbito escolar.	Al término de esta fase: -El 75% de la población beneficiaria demuestra comprensión en los siguientes contenidos: • La Convivencia en las Aulas y la Violencia Escolar. • Estilos de Comunicación y Habilidades Comunicativas. • El Conflicto. • Resolución Pacífica de Conflictos.	-Registros de Intervención. -Registros Fotográficos. -Prueba de Medición de Contenidos Formativos.	Se alcanza el 81.25% de los indicadores de cumplimientos definidos para la fase.
TOTAL				81.25% Logrado
Juicio Evaluativo	<p>▪ Potencialidades del Proceso:</p> <p>✓ El proceso socioeducativo se realizó tomando en cuenta el diagnóstico inicial, es decir, de acuerdo a los intereses y necesidades de los/as participantes.</p> <p>✓ Se incursionó en los contenidos básicos para mejorar la convivencia escolar.</p> <p>✓ La experiencia obtenida de la intervención profesional del I Ciclo, permitió perfeccionar la organización del nuevo proceso (creatividad de las actividades, distribución de materiales, número de subgrupos, control del tiempo, etc.).</p>			

	<p>✓ La metodología y las técnicas educativas elegidas favorecieron la comunicación horizontal, la discusión de puntos de vista, así como la reflexión de los/as participantes en torno a los contenidos desarrollados.</p> <p>✓ Jefa de U.T.P. del establecimiento educacional comprometida con la intervención profesional, lo cual permitió ejecutarla tal como se había programado.</p> <p>✓ Los/as participantes de la intervención profesional fueron los/as mismos/as del Ciclo I, aspecto relevante a la hora de crear un clima de confianza que facilitara y complementara los aprendizajes.</p> <p>✓ Buena disposición de los/as Participantes y Profesora Jefe del grupo curso para llevar a cabo las sesiones de intervención.</p> <p>▪ Vulnerabilidades del Proceso:</p> <p>✓ Los niveles de participación de los/as alumnos/as fueron distintos. Mientras que unos/as alumnos/as se involucraron activamente en el proceso de intervención, emitiendo comentarios, formulando preguntas y colaborando cuando se requerían voluntarios para una determinada actividad (siempre eran los mismos). Otros/as, demostraron un nivel mínimo de participación, limitándose a escuchar o a responder sólo cuando se les preguntaba.</p> <p>✓ Interrupciones de algunos alumnos en las sesiones de intervención.</p> <p>▪ Juicio Evaluativo:</p> <p>El objetivo se considera <i>logrado</i>, puesto que los/as participantes demostraron haber comprendido los beneficios de la buena convivencia escolar, a través de una sensibilización dirigida a la no violencia, la práctica de habilidades comunicacionales y la búsqueda de nuevas formas de resolución de conflictos. De este modo, el proceso socioeducativo representó un espacio para que los/as participantes potenciaron las buenas relaciones interpersonales basadas en el respeto, el dialogo, la cooperación, la ayuda, la escucha activa y el rechazo de la violencia, condiciones básicas para mejorar la convivencia.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

❖ Evaluación del Tiempo:

▪ Tabla Gantt: Tiempo Programado - Tiempo Real.

FASE	TIEMPO (SEMANAS)							
	MARZO				ABRIL			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar		♣	♣	♣	♣	♥	♥	♥
			♦	♦				
Juicio Evaluativo	De acuerdo a lo expuesto en la Tabla Gantt, es posible señalar que la intervención profesional se ejecutó entre la tercera y cuarta semana de Marzo (dos veces por semana). Su prontitud tuvo que ver con que la coordinación se llevó a cabo con la Jefa de U.T.P. del establecimiento educacional, quien mostró gran interés y cooperación. A diferencia de la intervención profesional del I Ciclo, que se gestionó con la Directora, quien pareció otorgarle menor valor y consecuentemente generó un retraso en la realización del Diagnóstico.							

NOMENCLATURA					
♣	Tiempo Programado	♥	Tiempo de Holgura	♦	Tiempo Real

❖ Evaluación de los Recursos:

	DESCRIPCIÓN
Recursos Humanos	<p>Para la realización de la intervención profesional se requirió de los siguientes recursos humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alumnos y Alumnas participantes. • Equipo Directivo y Docente. • Alumna Seminarista.
Juicio Evaluativo	<p>Los alumnos y alumnas estuvieron dispuestos a trabajar en las distintas actividades propuestas, por lo tanto, es posible evaluar su desempeño de forma satisfactoria.</p> <p>Respecto a los profesionales, se destaca la cordialidad y accesibilidad de la Jefa de U.T.P. y de la profesora jefe del curso para realizar la intervención del presente ciclo, contribuyendo a facilitar la entrega de conocimientos.</p> <p>En relación al desempeño de la alumna seminarista, éste se evalúa positivamente, al haber guiado aprendizajes y ejercitado habilidades para mejorar la convivencia entre los/as participantes.</p>
Recursos Materiales	<p>Para la realización de la intervención profesional se requirió de los siguientes recursos materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material Digital (Power Point). • Tarjetas con los Roles de las Dramatizaciones. • Impresiones (Casos a Analizar, Test de Discriminación de Respuestas). • Material Fungible (Carteles, Camisetas de Papel, Cuerda, Perros de Ropa, Plumones, Scotch). • Notebook. • Cámara Fotográfica.
Juicio Evaluativo	<p>Los recursos materiales utilizados, fueron proporcionados en su totalidad por la alumna seminarista y creados con una intencionalidad didáctica, es decir con la intención de facilitar los procesos de enseñanza y aprendizaje y propiciar la atracción de las actividades en los participantes. En base a lo anterior, es posible afirmar que los recursos materiales fueron pertinentes y adecuados a las características de los participantes.</p>
Recursos Institucionales	<p>Para la realización de la intervención profesional se requirió de los siguientes recursos institucionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sala Multiuso. • Data Show.
Juicio Evaluativo	<p>La sala multiuso dispuesta por el establecimiento educacional ofreció un espacio físico adecuado para realizar la intervención profesional, de acuerdo a la cantidad de participantes y a la disposición del espacio. En cuanto al Data Show, éste fue un recurso aprovechado al máximo, ya que se utilizó en todas las sesiones de intervención. Es así que, tener al alcance este recurso, significó un valor educativo para la intervención.</p>

4.4 MATRIZ SÍNTESIS DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL Y EVALUACIÓN.

CICLO	ESCUELA	FASE	OBJETIVO POR FASE	PORCENTAJE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBJETIVO GENERAL	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
I	Ministro Zenteno	Diagnóstico Participativo de Necesidades en Salud Adolescente.	Identificar los problemas y percepciones asociadas a salud sexual y reproductiva y convivencia escolar en los establecimientos educacionales participantes del proceso, para llevar a cabo la promoción de salud adolescente.	100%	Logrado	Impulsar procesos de promoción de salud en adolescentes atendidos por el CESFAM Miraflores, con vistas al mejoramiento de sus problemáticas de salud, a través de la intervención directa y de la caracterización de experiencias de Programa de Salud Adolescente, llevadas a cabo en las comunas de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué, y que resulten transferibles a las prácticas del equipo de trabajo del CESFAM Miraflores.	Logrado
		Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva.	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva.	75%	Logrado		Logrado

	La Parva	Diagnóstico Participativo de Necesidades en Salud Adolescente.	Identificar los problemas y percepciones asociadas a salud sexual y reproductiva y convivencia escolar en los establecimientos educacionales participantes del proceso, para llevar a cabo la promoción de salud adolescente.	100%	Logrado	Impulsar procesos de promoción de salud en adolescentes atendidos por el CESFAM Miraflores, con vistas al mejoramiento de sus problemáticas de salud, a través de la intervención directa y de la caracterización de experiencias de Programa de Salud Adolescente, llevadas a cabo en las comunas de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué, y que resulten transferibles a las prácticas del equipo de trabajo del CESFAM Miraflores.	Logrado
		Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva.	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva.	75%	Logrado		Logrado

CICLO	CENTRO DE SALUD	FASE	OBJETIVO POR FASE	PORCENTAJE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBJETIVO GENERAL	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
II	CES Nueva Aurora	Caracterización General de Experiencias de Programa de Salud Adolescente en CES de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué.	Conocer en el terreno, las experiencias del Programa de Salud Adolescente en CES de las comunas de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué, con el fin de transmitir los procedimientos relacionados con ésta modalidad al CESFAM Miraflores.	100%	Logrado	Impulsar procesos de promoción de salud en adolescentes atendidos por el CESFAM Miraflores, con vistas al mejoramiento de sus problemáticas de salud, a través de la intervención directa y de la caracterización de experiencias de Programa de Salud Adolescente, llevadas a cabo en las comunas de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué, y que resulten transferibles a las prácticas del equipo de trabajo del CESFAM Miraflores.	Logrado
	CECOV Las Palmas	Caracterización General de Experiencias de Programa de Salud Adolescente en CES de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué.	Conocer en el terreno, las experiencias del Programa de Salud Adolescente en CES de las comunas de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué, con el fin de transmitir los procedimientos relacionados con ésta modalidad al CESFAM Miraflores.	100%	Logrado		Logrado

	CES Padre Damián	Caracterización General de Experiencias de Programa de Salud Adolescente en CES de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué.	Conocer en el terreno, las experiencias del Programa de Salud Adolescente en CES de las comunas de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué, con el fin de transmitir los procedimientos relacionados con ésta modalidad al CESFAM Miraflores.	100%	Logrado	Impulsar procesos de promoción de salud en adolescentes atendidos por el CESFAM Miraflores, con vistas al mejoramiento de sus problemáticas de salud, a través de la intervención directa y de la caracterización de experiencias de Programa de Salud Adolescente, llevadas a cabo en las comunas de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué, y que resulten transferibles a las prácticas del equipo de trabajo del CESFAM Miraflores.	Logrado
	CES Quilpué	Caracterización General de Experiencias de Programa de Salud Adolescente en CES de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué.	Conocer en el terreno, las experiencias del Programa de Salud Adolescente en CES de las comunas de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué, con el fin de transmitir los procedimientos relacionados con ésta modalidad al CESFAM Miraflores.	100%	Logrado		Logrado

CICLO	ESCUELA	FASE	OBJETIVO POR FASE	PORCENTAJE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	OBJETIVO GENERAL	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
III	Ministro Zenteno	Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar.	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover la convivencia pacífica en el ámbito escolar.	87.5%	Logrado	Impulsar procesos de promoción de salud en adolescentes atendidos por el CESFAM Miraflores, con vistas al mejoramiento de sus problemáticas de salud, a través de la intervención directa y de la caracterización de experiencias de Programa de Salud Adolescente,	Logrado
	La Parva	Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar.	Desarrollar procesos socioeducativos con la población beneficiaria para promover la convivencia pacífica en el ámbito escolar.	81.25%	Logrado	llevadas a cabo en las comunas de Viña del Mar, Valparaíso y Quilpué, y que resulten transferibles a las prácticas del equipo de trabajo del CESFAM Miraflores.	Logrado

RANGOS DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS E INDICADORES DE LA INTERVENCIÓN

Rango de Cumplimiento Objetivo General	
Logrado	100% - 80%
Medianamente Logrado	79% - 50%
No Logrado	49% - 0%

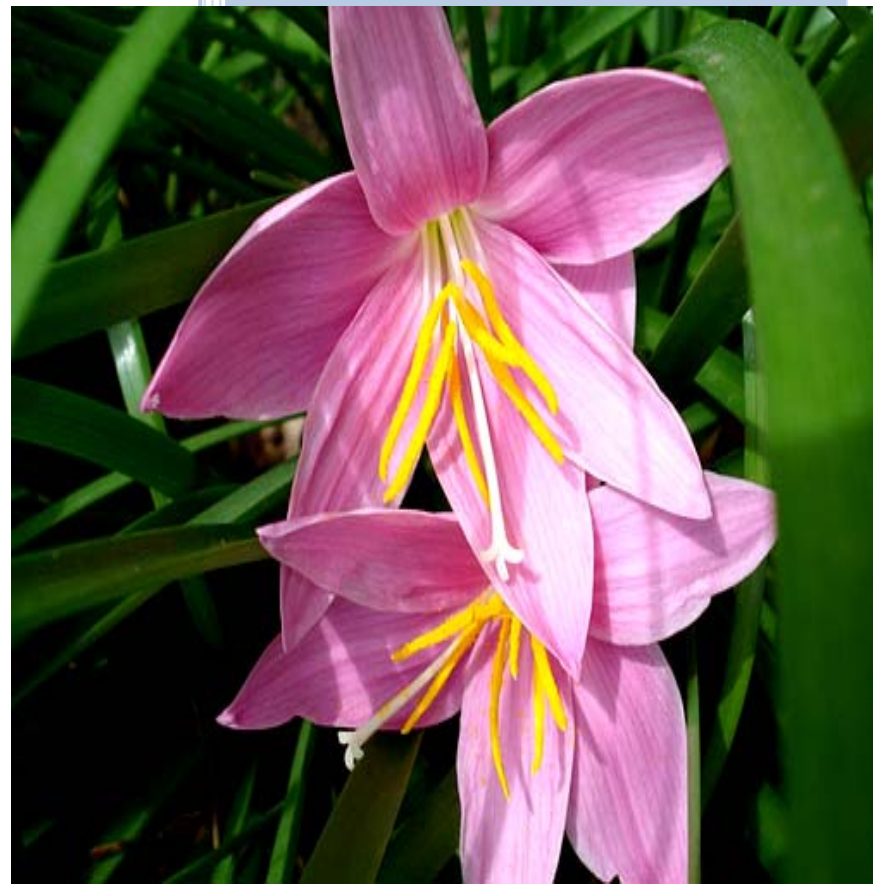
Rango de Cumplimiento Indicadores Fase Diagnóstico Participativo de Necesidades en Salud Adolescente	
Logrado	100% - 80%
Medianamente Logrado	79% - 50%
No Logrado	49% - 0%

Rango de Cumplimiento Indicadores Fase Promoción de Salud Adolescente en Salud Sexual y Reproductiva	
Logrado	100% - 75%
Medianamente Logrado	74% - 46%
No Logrado	45% - 0%

Rango de Cumplimiento Indicadores Fase Caracterización General de Experiencias de Programa de Salud Adolescente en CESFAM de Viña del Mar	
Logrado	100% - 80%
Medianamente Logrado	79% - 50%
No Logrado	49% - 0%

Rango de Cumplimiento Indicadores Fase Promoción de Salud Adolescente en Convivencia Escolar	
Logrado	100% - 75%
Medianamente Logrado	74% - 46%
No Logrado	45% - 0%

CAPITULO V



REFLEXIONES PROFESIONALES

CAPÍTULO V

REFLEXIONES PROFESIONALES

5.1 REFLEXIONES PROFESIONALES EN TORNO AL PRIMER EJE CONCEPTUAL: PROBLEMÁTICAS DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES.

Tradicionalmente, se ha considerado que durante la etapa de la adolescencia se goza de buena salud a raíz de la ausencia de enfermedades. No obstante, esta etapa de vida, también puede ser decisiva en la adopción de estilos de vida saludables que garanticen una buena salud, o bien para la adopción de conductas de riesgo que impliquen peligros para la salud.

Por otra parte, las necesidades y problemas de salud de la adolescencia constituyen un tema prioritario no sólo por las consecuencias inmediatas sobre la salud de los adolescentes, sino también por las repercusiones que tendrán a largo plazo cuando se conviertan en adultos.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, a continuación se desarrollan las reflexiones profesionales en torno al primer eje conceptual surgidas a partir de la experiencia de intervención.

5.1.1 Reflexiones Profesionales en torno a la Salud Sexual y Reproductiva Adolescente.

❖ Importancia de la Educación Sexual y sus Responsables:

La Educación sexual representa un aspecto de gran importancia en la formación de los y las adolescentes, porque más allá del conocimiento que les permita protegerse de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, contribuye a dar respuesta a las necesidades de información que tienen en las distintas dimensiones de la sexualidad, permitiéndoles alcanzar una vida más plena y responsable.



"Y el villano la continua acosando" - Una postal de principios del siglo XX muestra la preocupación de las mujeres de la época por los embarazos no deseados.

Por otra parte, se reconoce que los adolescentes son una población especialmente vulnerable a las problemáticas de salud sexual y reproductiva, puesto que durante este periodo comienza la edad fértil, y aún así muchos de ellos y ellas no reciben una educación sexual de calidad ni por parte de su familia ni de la escuela.

Sin duda, la educación sexual pasa por compartir la responsabilidad entre la familia y la escuela, puesto que ambas educan desde espacios diferentes y complementarios. Mientras que la familia cuenta con un espacio privilegiado para educar, porque posee la intimidad del hogar y el tiempo para conversar en cualquier momento, la escuela ofrece espacios concretos y oportunidades de aprendizaje en las cuales se puede obtener información.

Si bien, existe consenso entre padres, madres y docentes para abordar la sexualidad y el autocuidado, y que ésta tarea le corresponde principalmente a la familia, no hay consenso al decidir quién educará en los aspectos relativos a la sexualidad.

En este sentido, son muchas las familias que prefieren que sea la escuela la que se haga cargo de la educación sexual, pues sienten que no poseen las habilidades actitudinales y/o los conocimientos que les permita un abordaje adecuado en estos temas.

Esto da cuenta de que la educación en sexualidad implica reconocer que con frecuencia ha operado el silencio o la omisión en cuestiones tan importantes como es la relación con el propio cuerpo y con las demás personas, y por otra parte, comprender que la educación sexual se realiza en todo momento, al igual que todo tipo de educación, es decir, no se requiere exclusivamente de las palabras, sino que de la coherencia entre lo que se dice y lo que se muestra a través de los valores, actitudes y comportamientos familiares relacionados con la sexualidad

“...En mi caso, yo no tuve una educación sobre sexualidad, lo que evidentemente me hace sentir poco capacitada para hablar de estas cosas con mi hija...”

Apoderada, Escuela La Parva.

Así como en algunas familias la formación sobre sexualidad no existe y se discute acerca de quién es el actor más capacitado para llevarla a cabo, en otras familias sucede lo contrario, las cuales generan instancias de conversación acerca de estas temáticas que ven muy necesarias frente a las condiciones de vulnerabilidad a las que se encuentran los y las

adolescentes, aún cuando estas madres y padres tampoco hubieran recibido educación sexual.

Por su parte, algunos los docentes, señalan que tampoco se sienten suficientemente capacitados, y por cierto la formación académica de los docentes en general no incluye la sexualidad. Sin embargo, no se espera de ellos que sean unos expertos en la materia, más bien la educación en sexualidad apunta a la disposición de los docentes para que ayuden a sus alumnos y alumnas a comprender los cambios que experimentan y la manera de relacionarse con los demás, de modo que estén mejor preparados para tomar buenas decisiones en lo que concierne a su sexualidad, es decir, se trata de asuntos sencillos que los docentes pueden abordar desde sus experiencias y valores personales, y tal vez estos espacios de conversación evidencien que los adultos tampoco tienen todas las respuestas a las dudas y necesidades de los y las adolescentes, pero también darán cuenta de la confianza y compromiso de éstos para escuchar a los adolescentes y buscar las respuestas que requirieren.

“...A mi me complica un poco el tema, porque nunca me he capacitado en el área, por eso sería ideal que el centro de salud nos apoyara en eso...”

Docente, Escuela Ministro Zenteno.

En consecuencia, si ni las familias ni las escuelas se sienten totalmente preparadas o capacitadas para educar sexualmente a sus hijos y alumnos, es difícil pensar en que puedan comprometerse a hacer un buen manejo del tema, del cual depende en gran medida cómo se irá desarrollando la sexualidad de los y las adolescentes. De hecho, las acciones educativas que llevan a cabo unas y otras acerca de la sexualidad, son mínimas, aún cuando es responsabilidad de ambas entregar la formación adecuada.

Más bien, la solución a este problema está en dejar de pensar en que la educación sexual, ya sean conversaciones en familia o charlas en la escuela, tengan que ser tan perfectas en términos teóricos que haga pensar que con una vez hacerlo bien bastaría, sino que la educación sexual debe seguir alimentándose a lo largo de la vida, a través de nuevos temas, nuevas preguntas, nuevas miradas.

❖ Abordaje de la Educación Sexual desde una Perspectiva Integral:

Generalmente, la educación sexual se centra en la entrega de información de un modo parcial que reduce la concepción de la sexualidad a lo genital, a lo biológico o a los “peligros” que reportan las relaciones sexuales (embarazo no deseado, ITS, incluido el VIH/SIDA).

Si bien, es muy importante trabajar en la prevención de estas problemáticas, una educación sexual necesariamente debe incorporar una visión integral, que más allá del conocimiento biológico, explique procesos significativos para los y las adolescentes como la identidad de género o las relaciones afectivas.

“...Creo que la educación sexual debiera brindar información adecuada no sólo en el plano biológico, sino también en el plano de la afectividad, de los valores... aspectos esenciales que muchas veces están ausentes...”

Orientadora, Escuela Ministro Zenteno.

Para ello, es necesario ampliar el concepto reductivo que se tiene acerca de la sexualidad, el cual gira en torno a la reproducción y, en todo caso, en cómo hacer para evitar el embarazo, como si este fuese el único problema en sexualidad. Esto da cuenta de la escasa formación en sexualidad que generaciones anteriores tuvieron y que al enfrentar el desafío de traspasar conocimientos a sus hijos, realizan un abordaje parcial de la sexualidad.

En este sentido, se trata no solo sólo de educar en la prevención, sino, sobre todo de facilitar un proceso de desarrollo personal en todas las dimensiones de la sexualidad, es decir, integrando los aspectos biológicos, psicológicos, afectivos, sociales y culturales, entre otros.

Esto significa reconocer el carácter multidimensional de la sexualidad, esto es, que las dimensiones están profundamente relacionadas y condicionadas unas por otras, por lo que no se puede pretender educar en sexualidad centrándose en una sola de ellas, ya que las personas viven de distintos modos la sexualidad según su contexto.

Asimismo, corresponde considerar las dimensiones desde la perspectiva de género, pues las reglas impuestas por el rol de género (masculinidad y feminidad) influyen en el desarrollo de la sexualidad, la idea es que los y las adolescentes superen los prejuicios

sexistas, de modo de eliminar las inequidades existentes en las relaciones entre mujeres y hombres.

Abordar la educación sexual desde una perspectiva integral, implica también ofrecer múltiples espacios donde, los y las adolescentes puedan formular sus dudas y dialogar en este ámbito, lo que lleva necesariamente a revisar las prácticas educativas, puesto que en muchos establecimientos educacionales la educación sexual está limitada al programa de una asignatura o como fue indicado en una de las escuelas intervenidas, ésta se concentra en una unidad dentro del programa de la asignatura de Estudio y Comprensión de la Naturaleza de 7° básico y eso sería todo. Por otra parte, al revisar los contenidos de ésta unidad, se advierte una estructura fundamentalmente biológica.

Clasificación Curricular		
Nivel	Sector	Unidad o Eje
NB5 (7° básico)	Estudio y comprensión de la naturaleza	El átomo y las propiedades químicas de la materia
NB5 (7° básico)	Estudio y comprensión de la naturaleza	El modelo corpuscular y las propiedades de los gases
NB5 (7° básico)	Estudio y comprensión de la naturaleza	Nutrición heterótrofa: procesos de interacción entre sistemas
NB5 (7° básico)	Estudio y comprensión de la naturaleza	Visión integrada de la sexualidad
NB5 (7° básico)	Estudio y comprensión de la naturaleza	La salud como equilibrio

Fuente: www.educarchile.cl

Esto significa disponer de espacios que centren su atención en las distintas dimensiones de la sexualidad que están en desarrollo en igual proporción, porque como ya se ha mencionado, no basta entregar información biológica, sino también es importante tocar otros aspectos, incluidos los temas que son reflejados como tabúes por su constante omisión, como es el caso del placer en las relaciones sexuales, que generalmente no se conversa porque aún existe la creencia de que esto inspiraría a los adolescentes a “incursionar”, sin embargo es la única forma de que los adolescentes sepan que uno de sus derechos sexuales y reproductivos es vivir su sexualidad de manera sana, responsable y placentera. Asimismo, que se integren las situaciones de la vida cotidiana de los alumnos y alumnas, de modo que cuando se encuentren frente a una situación compleja en lo que respecta a su sexualidad, sepan decidir responsablemente sobre su cuerpo y sexualidad, y para eso no basta con educar en la prevención de problemas concretos, además hay que resolver las inquietudes que tienen los adolescentes, dándoles la orientación que necesitan para que ellos y ellas puedan tomar sus propias decisiones.

Es este sentido, la educación sexual integral e ideal sería aquella que impregnara todas las prácticas educativas, estando presente tanto en espacios curriculares de modo transversal a todas las asignaturas como en los espacios extracurriculares. También, supone prácticas que involucren a todos los miembros de la comunidad educativa, docentes, familias, alumnos y alumnas y a otros actores e instituciones, porque hablar de una perspectiva integral en la educación sexual, conlleva involucrar a todos los agentes socializadores posibles.

❖ Educación Sexual a Temprana Edad:

La educación en sexualidad y reproducción, es un tema controvertido en diferentes ámbitos y uno de ellos consiste en desde cuándo comenzar a educar. Pero, para comenzar a educar, en primer lugar, deben eliminarse algunas creencias erróneas sobre la educación sexual, como que sólo se refiere a la genitalidad, a las relaciones sexuales y a los métodos anticonceptivos, ya que esto conduce a que los temas de salud sexual y reproductiva no se conversen hasta determinada edad, si es que esto llega a ocurrir.

Sin embargo, son muchas familias que aún cuando sus hijos e hijas han entrado en la etapa de la adolescencia, no se les educa en sexualidad, ya sea por pudor, por falta de confianza y en general, porque consideran que sus hijos o hijas aún no han “enviado mensajes de querer saber” o no han presentado “algún problema” en relación a su salud sexual y reproductiva, en consecuencia, las familias retrasan el “momento” para empezar a hablar de sexualidad, argumentos que reflejan la dificultad de las familias para reconocer que las nuevas generaciones se inician sexualmente cada vez más temprano y con mayor razón requieren contar con información sexual.

A ello se suma que su propia experiencia en educación sexual no fue la más favorable, ya que en muchos casos no recibieron educación ni información alguna de sexualidad, por lo que terminan esperando a que sean los hijos quienes pregunten y muestren interés en conversar acerca de estos temas, sin embargo esto se vuelve más complicado al no haberse preparado el camino previamente, tocando los temas con naturalidad y creando un clima de confianza para cuando se tuviera que explicar temas más complejos.

“...Realmente no hemos hablado el tema dentro de la familia, porque todavía mis hijos no han experimentado una relación sexual, ni hemos tenido ningún problema...”

Apoderada, Escuela La Parva.

Lo adecuado es que la información y la educación deben ajustarse al nivel de desarrollo de la persona que la recibe, puesto que la sexualidad se expresa de diversas maneras según la edad y, que ésta a su vez comience antes del inicio sexual, de modo que los y las adolescentes tengan actitudes saludables al momento de vivenciar su sexualidad activamente.

En cuanto a qué temas hablar según la etapa de vida, debe tenerse en cuenta que una parte de ellos son sugeridos por los mismos adolescentes, a través de sus preguntas, las cuales actuarían como pautas para conversar, pero tampoco debe permitirse que transcurra el tiempo esperando a que lleguen las preguntas, los adultos deben plantear sus propios temas, y no hay que pensar que esto puede avergonzar a los adolescentes, sino todo lo contrario, ya que en esta etapa se ansía esta clase de información.

❖ Salud Sexual y Reproductiva y la Participación de los Adolescentes Varones:

Claramente, involucrar a los varones en el cuidado de la salud sexual y reproductiva tiene efectos positivos tanto para proteger su propia salud como la de su pareja, esto último es muy importante porque los hombres están directamente involucrados en muchos de los problemas de salud que enfrentan las mujeres, incluyendo las ITS, los embarazos no deseados, así como la violencia sexual y doméstica.



Adolescentes Varones participando en una sesión de Métodos Anticonceptivos

No obstante, hasta ahora para muchos adolescentes varones la salud sexual y la reproducción son conceptos lejanos, siendo posible identificar un mayor nivel de información o conocimientos en las mujeres que en los hombres.

Sin duda, la limitada participación de los adolescentes varones en la salud sexual y reproductiva tiene que ver con las creencias culturales relativas a la sexualidad, a la reproducción y al género, que dificultan su inclusión en este ámbito. De manera que la masculinidad, que indudablemente reporta ventajas a los varones, también implica costos a nivel de la salud, ya que los atributos que se suponen esenciales al varón influyen en el comportamiento y las actitudes de los hombres respecto a la salud sexual y reproductiva; de tal modo que su virilidad es probada constantemente mediante su comportamiento sexual (edad de iniciación sexual, frecuencia de relaciones sexuales, cantidad de compañeras

sexuales), por otro lado está la creencia de que la sexualidad de los hombres “es instintiva y descontrolada” por tanto, de poco serviría tratar de encausarla.

Lo anterior se ve fortalecido por las dificultades que tienen los varones para pedir información, por la vergüenza de parecer sin experiencia o para acudir a los centros de salud cuando los necesitan de la misma manera que las adolescentes.

Otra barrera es que los servicios de salud sexual y reproductiva (ginecología y obstetricia), se han centrado en la mujer o en el binomio madre-hijo sin posibilitar la inclusión de los varones. Sólo recientemente se ha empezado a promover la participación de los hombres en el embarazo y el parto, la cual contribuye a hacer que un proceso culturalmente definido como propio de la mujer, pueda compartirse.

“...Todo el fenómeno reproductivo está construido en torno a la mujer, pero también se debe proteger la salud de los hombres... ellos deben conocer sus derechos y obligaciones en el campo de la salud sexual y reproductiva...”

Profesional, CESFAM Miraflores.

De esta forma, la salud sexual y reproductiva se asocia como un “asunto de mujeres”, porque supone que es la mujer la más comprometida e interesada en proteger su salud sexual y reproductiva, ya que son ellas y no los hombres, quienes se embarazan y son las principales responsables del cuidado y la crianza de los hijos, así también porque la mayoría de los métodos anticonceptivos han sido diseñados para que sean las mujeres quienes los usen, de hecho, la regulación de la fecundidad se ha visto culturalmente como responsabilidad de las mujeres.

En este sentido, es conveniente que una educación sexual incluya a los adolescentes varones tanto como parejas de las mujeres como individuos con experiencias y puntos de vista distintos, sensibilizándolos y otorgándoles información en torno a su sexualidad (anticoncepción, experiencia de la paternidad y la crianza) y a los aspectos problemáticos como las infecciones de transmisión sexual. Para ello, la intervención debe dirigirse a incitar a los hombres a asumir mayor responsabilidad en su comportamiento sexual, informarles sobre los valores asociados a la masculinidad que implican conductas sexuales de riesgo, facilitar el acceso de los hombres a servicios de salud sexual y reproductiva y hacerse parte en la decisión respecto de los anticonceptivos y las prácticas sexuales destacando la importancia de la influencia del género.

❖ Oportunidades y Restricciones para Educar en Sexualidad:

La intervención profesional realizada en torno a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, reveló que las comunidades educativas valoran altamente el abordaje de la temática, pero esto no se traduce en acciones concretas, lo cual puede estar asociado a la carga del currículo escolar, a las demandas que reciben las escuelas y los docentes o a la falta de herramientas adecuadas para hacerlo, postergando una formación que no está definida como responsabilidad del sistema escolar, pues si bien se cuenta con una Política de Educación en Sexualidad, que data del año 1993, ésta no logró implementarse en los establecimientos educacionales como se quería, puesto que sus objetivos fueron planteados en términos muy generales (hace propuestas y sugerencias, pero no exige que se incorpore la Educación en Sexualidad en los establecimientos).

En todos los casos, es necesario que las escuelas puedan contar con las herramientas apropiadas que les permitan desarrollar programas en esta dirección. Al respecto, un aspecto relevante que surgió a partir de la intervención profesional se refiere a la disposición de los actores involucrados en la educación de los y las adolescentes, para educar abiertamente en este tema, puesto que se discute acerca de quién tiene la mayor responsabilidad, cuándo es el momento más conveniente, cuál es el lugar más adecuado y de qué manera hacerlo; lo que puede ser resultado del temor a indagar en las propias experiencias que estuvieron rodeadas de tabúes o del temor a introducirse en situaciones, que tal vez se crea, no se puedan manejar adecuadamente.

En este contexto, se identifican algunas oportunidades para establecer una educación sexual de calidad, la primera de ellas tienen que ver con que la educación sexual se concibe como un proceso positivo, que puede promover la adopción de comportamientos sexuales saludables.

Otra oportunidad, dice relación con que el currículo escolar guarda un espacio a la educación sexual, aunque éste sea pequeño, y por tanto crea un ambiente donde los alumnos y alumnas puedan informarse sobre los temas de salud sexual y reproductiva y desarrollar inquietudes que los muevan a continuar buscando información. A su vez, este espacio en el currículo no significa que el o la docente tengan que hablar de una manera programada como se hace normalmente en las asignaturas, ni que tengan que actuar como expertos, porque al estar hablando de sexualidad y afectividad se permite un diálogo más informal y natural frente al tema.

Asimismo, la educación sexual es un tema de interés para los y las adolescentes, por lo que habrá una buena respuesta de su parte.

"...A mí me gusta mucho hablar de estos temas, porque son entretenidos y en mi casa no se habla mucho de eso... y aquí puedo hacer las preguntas que quiero, sin ningún rollo..."

Alumna, Escuela Ministro Zenteno.

Por otra parte, también existen algunos elementos que actúan como restricciones para enfrentar la educación sexual:

La primera de ellas, se asocia a la falta de capacitación que poseen los docentes, convirtiéndose en el principal obstáculo a la hora de abordar el tema en las escuelas, los cuales al sentirse inhabilitados requieren y demandan el apoyo de los especialistas del área de salud, el que no siempre es acogido. A esto se suma, el temor a las reacciones negativas de las familias, lo cual termina por disuadir a los docentes de abordar la educación sexual, pero, si se propusieran informar previamente a las familias o incluso integrarlos en la planificación de acciones educativas, podría solucionarse este problema. Por lo tanto, más allá de manejar herramientas teóricas, lo que se requiere para otorgar la educación sexual que se espera, es dar por acabadas las inhibiciones y decidirse a enfrentar el tema.

En este sentido, cuando las acciones educativas tardan en realizarse o definitivamente no se realizan tiene que ver más, como se ha mencionado, con la disposición, porque los docentes no pueden o no quieren ocupar su tiempo en educar en sexualidad y porque las familias tampoco se involucran demasiado en esta tarea.

Otra restricción, alude a los contenidos sobre sexualidad que se pretenden abordar, ya que es importante que éstos no se limiten a la reproducción o a la prevención de riesgos, sino que se integren otros temas que se vinculan con la salud sexual y reproductiva, tales como la violencia en el pololeo, las diversas orientaciones sexuales, el tráfico sexual, el placer, el aborto, la anticoncepción de emergencia, entre otros.

Por último, es obvio que hay necesidad de mejorar la comunicación entre los padres y el adolescente, y la relación entre la familia y la escuela, de tal manera que juntos puedan mejorar la vida sexual de los y las adolescentes.

5.1.2 Reflexiones Profesionales en torno a la Convivencia Escolar.

❖ Representaciones Sociales de la Comunidad Educativa sobre la Convivencia Escolar:

Equipos directivos, docentes, paradocentes, alumnos, alumnas, padres y apoderados, poseen representaciones sociales de lo que es la escuela, de lo que se logrará o no en ella, de la función de los docentes, de lo que es ser buen alumno, del papel de las familias en la educación, etc., y de acuerdo a ellas, se esperan determinados comportamientos de unos y otros, lo cual ofrece un marco explicativo acerca de los problemas de convivencia que se presentan en el ámbito escolar.

La calidad de la convivencia escolar, desde el punto de vista de los docentes, se ve afectada directamente con los temas de maltrato entre compañeros, agresiones tanto verbales como físicas e incapacidad para resolver conflictos de manera pacífica, y cuando estas situaciones ocurren al interior de la sala de clases, interfieren en el proceso de aprendizaje, provocando en los docentes una sensación de frustración, lo que conduce en algunos casos a la desmotivación.

Por otra parte, las medidas que se toman para intentar controlar las conductas disruptivas, tienen resultados insuficientes, pues hay muchas muestras de falta de respeto por parte de los alumnos hacia los docentes y los paradocentes; así también, se reconoce que los malestares producto de las constantes interrupciones, afectan la relación con el resto de los alumnos, constituyendo un círculo difícil de romper.

Al respecto, los hechos que afectan la convivencia escolar irán en aumento si es que no se realiza una intervención, la cual debiera considerar también a las familias, puesto que los comportamientos negativos de los alumnos se relacionan con el escaso involucramiento de los padres y apoderados en la temática y con los contextos de alta vulnerabilidad social en que están inmersos, siendo justamente aquellos que provienen de familias que no se comprometen con la educación de sus hijos, los alumnos que protagonizan los mayores conflictos.

Para los docentes, los comportamientos disruptivos o las actitudes violentas de los alumnos no tienen que ver con la escuela, sino que tienen su origen en la familia, cuyo rol educador es débil; pero si los problemas de convivencia se asumen como responsabilidad de un solo componente de la comunidad educativa, se niega la posibilidad de que existan

factores en la escuela que influyen en estas conductas y por ende no se realicen acciones para eliminarlos o mejorarlos.

De esta forma, los docentes optan por dirigir las clases principalmente a aquellos alumnos, que sí presentan un compromiso y entusiasmo por aprender, considerados “los alumnos buenos”. Sin embargo, no se toma en cuenta que quizás los alumnos que no demuestran el comportamiento esperado o exigido, son quienes necesitan más ayuda de los docentes y con sólo dárselas, su conducta disruptiva cambiaría.

“... Yo creo que acá siempre se termina imponiendo el más violento, y que se transforma en un líder negativo para el curso... y con eso ¿Qué podemos hacer?, mejor me dedico a los que sí quieren aprender...”

Docente, Escuela La Parva.

En cuanto a las representaciones que tienen los estudiantes respecto a la convivencia escolar, existen diferencias de acuerdo al clima escolar que ofrecen las escuelas. Mientras que los alumnos de la Escuela La Parva dan cuenta de la presencia de violencia hacia compañeros y docentes, los alumnos de la Escuela Ministro Zenteno refieren situaciones de violencia que consisten más en agresiones verbales, las cuales se producen entre compañeros, no existiendo confrontación entre alumnos y docentes, asimismo se pudo observar durante la intervención profesional que en ésta escuela las relaciones se basaban, en mayor proporción, en el respeto y colaboración tanto entre alumnos como en la relación docente y alumnos.

Al reflexionar acerca de la convivencia escolar de la Escuela Ministro Zenteno, se cree que en ella se presentan dos elementos que colaboran en una mejor convivencia, el primero de estos elementos se refiere a la representación social que tienen alumnos y familias sobre el papel del docente, el cual es visto como una autoridad, al ser quien entrega los conocimientos y quien orienta a sus alumnos, por tanto se le respeta; el segundo elemento, tiene que ver con que en ésta escuela hay una mayor cercanía con las familias, quienes presentan un alto nivel de asistencia en las reuniones de apoderados y en cualquier tipo de actividad escolar que requiera de su participación, además la comunicación entre familia y escuela es mucho más fluida, siendo común que los/as apoderados/as se dirijan a la escuela para hablar con algún miembro del equipo directivo o docente para hablar temas relacionados con sus hijos.

Respecto al manejo de conflictos por parte de los alumnos, hubo consenso, en que los conflictos se generan en su mayoría porque un compañero realiza un comentario sobre otro (Burlas, rumores, garabatos), lo que provoca que el afectado responda a través de otro comentario ofensivo o mediante una agresión física.

"...Aquí las peleas se provocan, porque uno dice cosas del otro, caguines, o lo molestan con cosas que ni son verdad... y entonces uno se enoja..."

Alumno, Escuela La Parva.

Pero, en algunos casos, se agrega que ésta situación es avalada por algunos padres, quienes instan a sus hijos a "defenderse" y la agresión, en cualquiera de sus formas, sería un mecanismo válido para lograr tal objetivo. En este sentido, la violencia es entendida desde los alumnos hasta la familia, como un modo de defenderse, es decir, la necesidad de cuidar la integridad física y mental, lo que muchas veces funciona como causa de la violencia entre los pares.

Una diferencia que se encuentra entre la opinión de docentes y alumnos/as, tiene que ver con responsabilizar a las familias por los comportamientos de los alumnos, y no reconocer en la escuela factores que determinan las conductas violentas de éstos, puesto que los alumnos refieren que los problemas de convivencia tienen origen también en la escasa paciencia de los docentes para explicar las materias y controlar a quienes hacen desorden, reconociendo que algunos alumnos se aprovechan para jugar o molestar dentro de la sala y que cuando se les trata de controlar, no hacen caso. A su vez, señalan que a mayor intento de control por parte de los adultos, sus conductas tienden hacia la desobediencia, como una forma de reacción.

"...Nosotros entendemos sin gritos, pero si nos gritan más mal nos portamos..."

Alumna, Escuela La Parva.

Para las familias, las manifestaciones de violencia escolar más comunes, corresponden a golpes, insultos, garabatos e intimidaciones entre grupos de alumnos, pero tal como mencionan los alumnos, desde la familia, se les insta a defenderse, aunque sea de forma violenta.

"...Yo estoy clara que mi hijo molesta a sus compañeros, pero es porque ellos también lo molestan..."

Apoderada, Escuela La Parva.

Un aspecto relevante, es que para algunas familias los docentes debiesen tener una actitud más firme, capaz de controlar a los alumnos, y la representación que tienen de ellos es de personas que no comprenden las necesidades de los alumnos, transfiriéndoles la culpa de que dentro de la escuela se originen episodios de violencia escolar.

"...Es que acá hay profesores y profesores, algunos más estrictos y otros no, y con ellos se portan mal..."

Apoderada, Escuela La Parva.

En definitiva, el distinto modo de representar a los docentes, alumnos, familias y sus respectivas tareas, lleva a que las prácticas sean diferentes, aún cuando el contexto social de los alumnos es desfavorable, generando efectos en la disminución de la violencia y mejorando la convivencia escolar. Es por esto, que resulta fundamental entender que es toda la comunidad educativa la que se encuentra implicada en la labor de generar cambios positivos y que para ello es necesaria una reflexión permanente sobre la participación de cada uno de sus miembros.

❖ Involucramiento de la Familia en la Educación:

Un aspecto que resulta de gran importancia para la formación y desarrollo de los adolescentes es el vínculo que se produce entre la familia y escuela, puesto que ambos persiguen lo mismo, esto es, formar personas íntegras y valiosas para la sociedad.

Sin embargo, las responsabilidades de los padres frente a la educación de sus hijos es una cuestión relativa. Pues, por un lado, existen familias que realizan labores de ayuda y supervisión de las tareas. A su vez, existen aquellos padres, que si bien tienen un compromiso con los quehaceres educacionales, su bajo nivel de escolaridad o falta de tiempo les imposibilita colaborar de forma activa con sus hijos, y por otra parte existen casos en que las familias terminan delegando la responsabilidad de la educación de los hijos a la escuela y se mantienen al margen de ella.

“yo tengo apoderados que vienen a dos reuniones al año o a ninguna, son los que jamás se acercan para enterarse de la situación académica ni conductual de sus hijos”.

Docente, Escuela La Parva.

De acuerdo a lo expresado por docentes, las responsabilidades de los padres van disminuyendo conforme avanzan los cursos, es así que en los primeros años de escolaridad los vínculos entre la familia y la escuela, logran construirse, pero con el paso del tiempo terminan por debilitarse, precisamente en el periodo en que los alumnos y alumnas comienzan la etapa de la adolescencia, situación que puede interpretarse como una percepción del desarrollo de la independencia y de la autonomía de los adolescentes, sin tener en cuenta que los adolescentes necesitan una cantidad de autonomía precisa, que les permita pensar, decidir y actuar por sí mismos, pero siempre con la guía de sus padres, a esto se suma la baja supervisión adulta, por lo que los alumnos permanecen solos la mayor parte del día y, a veces a cargo de un hermano menor o adquiriendo otras responsabilidades.

Al respecto, los docentes muestran su preocupación, afirmando que existen alumnos y alumnas que carecen de apoyo, no sólo en el ámbito educacional, sino también en el afectivo. Por ello, conviene tener claro que junto con el desarrollo de la independencia, el adolescente continúa demandando afecto por parte de sus padres, y éstos a su vez continúan ejerciendo una gran influencia sobre ellos, por lo que es importante fortalecer la comunicación entre padres e hijos.

Por otra parte, la ausencia de las familias en la educación repercute en la convivencia escolar, ya que aquellos alumnos que presentan más problemas de violencia, son justamente quienes proceden de familias disfuncionales y que escasamente se interesan en su educación.

“...lo que pasa con el niño de la puerta para adentro es tema mío, pero lo que hace el niño en la escuela es tema de los profesores, o si no ¿para qué estudian tanto?”

Apoderada, Escuela La Parva.

De allí que, para promover la convivencia escolar pacífica sea necesario estimular la comunicación positiva entre la familia y la escuela, cuya relación puede contribuir a favorecer el aprendizaje mediante la transmisión de información sobre las actitudes y progresos de los/as alumnos/as y a mejorar las relaciones interpersonales mediante la transmisión de información sobre los sucesos cotidianos.

“...cuando tenemos a un alumno que es inquieto, invitamos al apoderado a integrarse a la sala de clases para que esté con su hijo y lo ayude en sus tareas...”

Directora, Escuela La Parva.

Junto con la colaboración de las familias, es necesaria su participación, sobre todo en las reuniones de apoderados y en las dinámicas cotidianas, pues la percepción de cercanía que el/la alumno/a tenga entre su familia y su escuela es un factor importante para promover comportamientos saludables en el ámbito escolar, ya que sentirá que cuenta con el apoyo de adultos que trabajan juntos para desafiar los aspectos de un entorno social que pueden ser dañino para su desarrollo.

Asimismo, en el intento de estrechar el vínculo entre la familia y la escuela, es importante destacar los aportes que realiza la familia referidos al tiempo y apoyo prestado, visto principalmente como recursos valiosos en la búsqueda de estrategias que permitan alcanzar un buen desempeño escolar de los alumnos y alumnas.

❖ La Concepción y Gestión de los Conflictos:

En la escuela convive una gran cantidad de personas, entre las que hay también muchas diferencias; por una parte, las relaciones entre el profesorado y el alumnado son disímiles en términos de autoridad y poder, además pertenecen a distintas generaciones y a ellas hay que sumar las diferencias de situación socioeconómica, social, cultural, entre otras; por otra parte, las relaciones entre los alumnos comparten muchas de estas diferencias. Así, todas estas circunstancias hacen de la escuela un espacio que se caracteriza por la diversidad de quienes la conforman, y por tanto es esperable que surjan cotidianamente, lo cual es una situación normal y saludable, ya que los conflictos ponen en tela de juicio las cosas y la búsqueda de soluciones que genera puede hacer que mejoren.

Sin embargo, la concepción que se tiene acerca de los conflictos, dista mucho de una visión positiva, más bien se les asocia a una situación negativa, que dificulta la labor de los docentes y, en general, la vida escolar, por esta razón, los alumnos carecen de habilidades para la resolución de conflictos, claramente porque ni la familia ni la escuela les han enseñado a cómo enfrentarlos, el mayor problema está en que si los alumnos no saben cómo responder de manera pacífica ante los conflictos éstos se convierten en violencia, la cual termina afectando a toda la comunidad escolar y que sólo se atienden cuando ya es demasiado tarde.

De este modo, cabe preguntarse, porqué cuando las familias y principalmente las escuelas esperan y exigen que los alumnos resuelvan sus conflictos sin llegar a la violencia, no les educan en conflictos ni menos les proporcionan espacios para aprender a dialogar, respetar los puntos de vista del otro, empatizar y buscar soluciones a los problemas. Todo esto, se vincula con el desarrollo de habilidades sociales, y al parecer los adultos responsables de la educación, las dan por aprendidas o simplemente esperan que con el tiempo las aprendan, sin llevar a cabo actividades continuas y persistentes que puedan alcanzar este objetivo. Por esta razón, es importante entender que no se nace con las habilidades o competencias necesarias para resolver conflictos, sino que éstas se van aprendiendo a medida que se generan las instancias para practicarlas.

Por otra parte, es importante que estos conflictos, se prevean y se traten adecuadamente, es decir, que se encuentren las soluciones que los alumnos requieren, ya que en ocasiones, al carecer de recursos para manejar los conflictos, los docentes tienden a actuar como si no existieran, lo cual se refleja cuando el conflicto se genera porque un grupo de alumnos no participan en la dinámica de la clase y en vez de buscar respuestas acerca de su

comportamiento y darles oportunidades para que puedan demostrar sus competencias, se les olvida, para así no tener que enfrentarse a esta situación.

"...ella es así en todas las clases, no se interesa por nada... y ya agotamos las estrategias posibles con ella..."

Docente, Escuela La Parva.

Sin duda, aprender a resolver conflictos es una de las tareas más complejas para poder mejorar la convivencia escolar, por esto es necesario reconocer los conflictos para la búsqueda de soluciones y establecer contextos que permitan desarrollar las habilidades que se requieren para responder adecuadamente a los conflictos, y no esperar a que estallen.

❖ **Aprendizaje de la Convivencia Escolar:**

La convivencia se refiere a vivir con otros, por tanto, a partir de los contextos de convivencia que le toca enfrentar a las personas, se aprende cómo se debe convivir. Esto implica que la convivencia es un proceso de aprendizaje y que se aprende en cada espacio en que se interactúa con otros, por lo tanto, es posible aprender y naturalizar ciertos modos de relacionarse como los adecuados, aún cuando no lo sean, por ejemplo, si una familia interactúa a través de la violencia, los hijos aprenderán que la violencia es una forma válida para relacionarse con otros. Es por esto, fundamental comprender la necesidad de educar para vivir con otros, como la base de una sana convivencia.

Sin embargo, varios de los alumnos considerados como agresivos, que tienen baja tolerancia a la frustración o no son respetuosos en el contexto escolar, provienen de entornos sociales o familiares en que de una u otra manera se expresan situaciones de violencia, y por tanto, los estilos de convivencia aprendidos se vinculan con la violencia, lo que posteriormente es replicado por el alumno en la escuela.

Pero, la familia no es el único espacio para aprender formas saludables de convivir, tal como se mencionó, en cualquier lugar donde se viva con otros se aprenden formas de convivencia. En este sentido, la escuela también es un lugar privilegiado donde se aprende sobre convivencia, ya que en ella transcurre gran parte del tiempo de los alumnos, en la

escuela se aprenden acciones básicas para relacionarse con los otros, tales como escuchar, guardar silencio, respetar, compartir, discutir, reflexionar, entre otras.

Sin duda, enseñar a convivir es una tarea difícil y esto se ve reflejado en las escasas habilidades para la convivencia que poseían los participantes del proceso, lo peor de todo, es que si les es difícil convivir adecuadamente con sus compañeros, más difícil les será que los alumnos aprendan a ser tolerantes y convivir con personas mucho más distintas, por lo que es necesario llevar a cabo un nivel aceptable de convivencia pacífica y solidaria, no sólo por parte de los alumnos, sino que de todos los miembros de la comunidad educativa.

Ahora bien, la escuela reconoce esta urgente necesidad, pero no posee medidas concretas para mejorar la convivencia, más bien toman medidas cuando los conflictos son reconocidos, es decir, se trabaja en su solución una vez que aparecen los problemas de convivencia, careciendo de estrategias de promoción de una convivencia sana y de estrategias preventivas relacionadas con los hechos de violencia.

“...Nosotros cuando tenemos un problema entre las alumnas, realizamos todo lo necesario para que no pase a mayores, pero no podemos hacer mucho más, porque tenemos pocos profesionales...”

Directora, Escuela La Parva.

Desde el punto de vista de las familias, la convivencia, tampoco es un tema muy abordado, más bien las madres y los padres se preocupan de que el hijo o hija no se vea involucrado en “problemas” con sus pares. Por lo tanto, para lograr que los alumnos aprendan a convivir con los demás, es necesario que se dé al tema la importancia que merece y se aborde integralmente, haciendo partícipe a todos los miembros de la comunidad educativa, así también, es muy importante tener en cuenta que la convivencia no sólo se aprende a través de la enseñanza de cómo debiese ser, sino que se aprende observando cómo las personas del entorno se tratan entre sí, por ende, si se desea que los alumnos aprendan a respetar a los demás, tanto docentes como familias deberán poner en práctica sus valores y demostrar una convivencia sana mediante el ejemplo.

❖ Normas y Valores para Construir la Convivencia.

La relación entre docentes y alumnos tiene como objetivo principal que ellos eduquen, mientras que estos últimos aprendan. No obstante, la realidad es mucho más compleja, como se pudo comprender tras el proceso de intervención profesional, pues, por una parte, están presentes la disrupción en las salas de clases, la indisciplina y el maltrato entre compañeros, y por otra, el difícil enfrentamiento, cuya solución pareciera estar en lograr que los distintos miembros de la comunidad educativa descubrieran el significado de las normas escolares, comprendieran la importancia de que sean respetadas y compartieran los mismos valores, pero justamente allí está la mayor complejidad.

En general, al interior de las escuelas se practican dos formas para enfrentar los conflictos; la primera forma busca una solución pacífica y la segunda es sancionadora, siendo ésta última, la forma más utilizada, por lo tanto, cuando los alumnos interfieren constantemente con la clase, se les expulsa de la sala y envía a dirección con el fin de recibir una reprimenda, aún cuando éstas medidas no generen los resultados esperados, al menos no a largo plazo, sino más bien sólo permiten tranquilizar al curso durante algunos minutos. Por su parte, los alumnos que son sancionados reaccionan mal, porque no se conceden instancias de conversación y reflexión en que el alumno o alumna pueda darle sentido a esta acción y esté dispuesto a cambiar su comportamiento.

“...Yo cuando veo que un compañero agrede a otro, lo mando a dirección, porque en mi clase no puedo avalar ese tipo de conductas...”

Docente, Escuela Ministro Zenteno.

Por lo tanto, más allá de las conductas inapropiadas manifestadas por los alumnos y de las medidas sancionadoras que toman los docentes, es necesario crear instancias pro-sociales, en que la disciplina se base en la comprensión de las causas que originaron dichas conductas. Para ello, se requiere establecer lineamientos claros de la convivencia a la que se quiere llegar, que sean conocidos tanto por los docentes, como por los alumnos y que las sanciones sean proporcionales al daño provocado, pues en muchas ocasiones, según lo relatado por los alumnos, las sanciones no son idénticas para todos alumnos. Se indica, que aquellos alumnos que no tienen un buen rendimiento y que no presentan buena conducta, suelen ser más sancionados que los otros alumnos o por lo menos más rápidamente. Esta predisposición que

supuestamente mantienen algunos docentes, molesta a los alumnos, porque perciben la existencia de alumnos favoritos y pese a que incurren en acciones que deben ser sancionadas, son los alumnos catalogados como “problemáticos” quienes son mayormente reprimidos o castigados.

“...Acá de repente se saca a un compañero por cualquier cosa, y peor si es uno de los catalogado como desordenado, ahí lo mandan al tiro donde la directora, pero a los más piola siempre le perdonan las cosas... es re' injusto...”

Alumno, Escuela La Parva.

Para afrontar adecuadamente este escenario, en que profesores y alumnos se enfrentan sistemáticamente, intentado imponer sus puntos de vista en torno a la convivencia dentro de la sala de clases, es necesario reevaluar los procedimientos institucionales. Elementos como el currículo, el aprovechamiento óptimo del consejo de curso, la participación del alumnado en temas que los involucra directamente debiesen ser aspectos a considerar dentro de la sala de clases.

Sin embargo, lo más frecuente es encontrar escuelas que poseen lineamientos estructurados y rígidos, instaurados desde dirección, soslayando cualquier involucramiento de los demás actores que componen la comunidad escolar, por esta razón las medidas adoptadas no logran abordar adecuadamente el tema convivencia escolar, puesto que cada participante tiene una opinión sobre lo que debe realizar ante alguna conducta disruptiva o bien, si un profesor incurre en una falta, se carece de instancias expeditas para denunciar el hecho, lo que hace presuponer que son los alumnos quienes siempre cometen agresiones o faltas a las normas escolares.

Esto implica generar espacios participativos, en que exista horizontalidad en las relaciones y que cada actor tenga responsabilidades y deberes, pues a través de la unificación de puntos de vista y valores, es posible delinear objetivamente las conductas negativas, no sólo del alumnado, sino también del cuerpo docente. Con ello se regularían los procedimientos institucionales que posibilitan definir el tipo de sanción a implementar, la cual debiese ser proporcional a la falta cometida.

5.2 REFLEXIONES PROFESIONALES EN TORNO AL SEGUNDO EJE CONCEPTUAL: PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ADOLESCENTES.

La adolescencia constituye un momento óptimo para el éxito de las acciones de promoción del desarrollo y prevención de problemas que pudieran tener repercusiones graves en la adultez, si es que no son abordadas a tiempo.

Para ello, la promoción de la salud debe tomar en cuenta los principales factores que influyen en el comportamiento de los adolescentes relacionados con la salud, estos son: el entorno social, la familia y los servicios de salud.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, a continuación se desarrollan las reflexiones profesionales en torno al segundo eje conceptual surgidas a partir de la experiencia de intervención.

❖ El Entorno Social y su influencia sobre la Salud de los Adolescentes:

Muchos adolescentes crecen en zonas periféricas y marginales, donde el entorno social que les rodea se convierte en una situación desventajosa para su desarrollo personal e influye en su situación de salud.



Dentro de este contexto, están inmersos la mayoría de los alumnos y alumnas de la Escuela La Parva, quienes viven en sus alrededores, en una zona periférica del Sector de Achupallas, donde el estrato social es fundamentalmente de escasos recursos y comunitariamente deficitario en cuanto a espacios de recreación, áreas verdes y locomoción, asimismo, las familias de donde provienen son afectadas por factores de riesgo social, tales como separación de los padres, violencia intrafamiliar, drogadicción y alcoholismo al interior del hogar, entre otros.

Claramente, las situaciones estresantes del entorno social repercuten en los comportamientos de los adolescentes, ya sea en un bajo rendimiento académico e incluso en el fracaso escolar, en un inicio sexual precoz o en conductas agresivas, puesto que su desarrollo y salud depende no sólo de ellos o ellas sino también de los elementos del entorno

que influyen en el proceso de toma de decisiones. Así también, existen otros aspectos del entorno que pueden mejorarse o aprovecharse para potenciar su salud, los cuales deben tenerse en cuenta, para que los y las adolescentes hagan elecciones sanas.

“... razones muy importantes de que algunos niños se comporten así... es por la pobreza, el padre que no existe, la violencia intrafamiliar, la carencia afectiva...”

Docente, Escuela La Parva.

No obstante, aún cuando esta situación es sabida, frente a las conductas que no se adecúan a lo esperado, algunos docentes reaccionan de un modo inflexible, y en consecuencia surgen los problemas de convivencia que fueron explicados anteriormente y que sólo reflejan las vivencias cotidianas de los alumnos en su entorno.

A su vez, para explicar estos comportamientos en la escuela, se suele responsabilizar a la familia, pero si bien las problemáticas de índole familiar constituyen factores de riesgo para los adolescentes, no se debe olvidar que los adolescentes también se relacionan con otros grupos que inciden en su comportamiento, es el caso de los amigos, que por lo demás durante la adolescencia adquieren mucha más importancia que la familia y dependiendo de sus características éstos pueden influir negativa o positivamente.

Por otra parte, está la influencia de la escuela, sin embargo, la predisposición que tienen varios participantes del proceso hacia la escuela no es la más favorable, lo que en parte se explica por la actitud poco comprensiva de algunos docentes y que provoca la distancia entre la escuela y los/as alumnos/as y que resulta en ausentismo escolar, justamente uno de los mayores problemas que debe enfrentar la Escuela La Parva.

Es por esto, que se requiere entender a los adolescentes en sus contextos familiares y sociales, de los efectos que dichos contextos tienen sobre el desarrollo adolescente, y aún más importante reconocer los factores protectores con que cuentan para ayudarlos a superar las influencias negativas del entorno, porque aún cuando existan múltiples factores ambientales que representen situaciones de dificultad, es posible revertir sus efectos negativos.

❖ La Familia y su influencia sobre la Salud de los Adolescentes:

Distintos estudios señalan a la familia como un actor de relevancia en el mejoramiento de diversas situaciones como su rol en la superación de la pobreza, en el aprendizaje de los niños o en la situación de la salud.

De acuerdo a lo anterior, la familia está implicada en las situaciones de salud y enfermedad de sus integrantes, pudiendo influir de forma positiva o negativa en éstas, a tal punto que si un integrante de la familia se enferma, su estado afectará en mayor o menor medida al resto de los integrantes del grupo, por las consecuencias emocionales que esto genera, y por las modificaciones en la organización familiar que se requieren hacer en los casos más graves, como la presencia de integrantes dismovilizados o postrados.

Igualmente, la influencia de la familia en la salud de sus integrantes, desde un punto de vista positivo, indica que ésta representa una fuente de apoyo para promover estilos de vida saludables, asimismo, hay que considerar que gran parte de los recursos con que cuentan las personas, provienen de su entorno familiar, por estas razones, la promoción de la salud adolescente debe involucrar a la familia.

Fundamentalmente, los participantes de la intervención profesional provienen de familias con dificultades o incluso de familias multiproblema, entendiendo por esto, aquellas familias que en forma sistemática presentan problemas, en uno de sus miembros o en varios a la vez, lo cual incidiría negativamente en su vida familiar.

De esta forma, los adolescentes se encontrarían en una situación de vulnerabilidad familiar, ya que, las familias con estas características frecuentemente terminan por agotar sus recursos (cohesión, apoyo, afecto, confianza), lo cual repercute en su funcionamiento familiar y por ende en la salud de sus miembros.

En la práctica, esto se ve reflejado en la presencia de pacientes en los centros de salud que padecen enfermedades o síntomas de malestar que tienen su origen en las dificultades que tiene la persona con su entorno y donde la familia juega un papel fundamental.

“...cuando uno se encuentra con un paciente que demanda demasiada atención del centro de salud, generalmente esto tienen que ver con el contexto familiar problemático en el que se sitúa y que se expresa en su situación de salud o al menos el paciente así lo siente...”

Profesional, CESFAM Miraflores.

No obstante, la presencia de estos factores, en la medida que la familia pueda replantear su situación y descubrir el problema que provoca todos los demás, podrá realizar cambios que reviertan dicha situación y la forma indicada para hacerlo es a través del fortalecimiento de sus factores protectores que les proporcionen salud y bienestar.

Dentro de estos recursos o factores protectores, los propios integrantes del grupo familiar y los amigos son muy importantes para ayudar a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que para mantener un control de las circunstancias de su vida. Igualmente, la familia y los amigos ayudan a proporcionar apoyo de distintos tipos, como alimentos y vivienda, atención cuando están enfermos y apoyo cuando hacen cambios en el estilo de vida, la consiguiente sensación de satisfacción y bienestar, actuaría como una protección contra los problemas de salud.

En este sentido, la familia ofrece una puerta de acceso para la intervención en salud de los y las adolescentes dado que proporciona modelos de conducta, educación y gestiona el acceso a los servicios de salud, asimismo el contacto con la familia permite identificar la situación familiar y las necesidades de los y las adolescentes. Es por esto, que es necesario replantear el rol de la familia en el proceso de salud-enfermedad, puesto que si la familia entiende que es un factor primordial en la salud de sus hijos, logrará ver las características familiares que no están funcionando bien y hasta qué punto inciden en el origen de algunas enfermedades o comportamientos inadecuados y así también se preocupará por buscar recursos de apoyo que les permita salir airoso de estas dificultades.

❖ La Atención Primaria de la Salud como Protagonista de la Salud Adolescente:

Como ya se ha descrito anteriormente, la atención primaria de salud (APS) es la puerta de entrada al sistema público de salud y desde sus comienzos estuvo dirigida a quienes presentaban alguna enfermedad. En este contexto, los adolescentes históricamente han permanecido relativamente marginados de los servicios de salud, puesto que son considerados como un grupo sano en comparación con otros grupos de edad.



Adolescentes en CESV Las Palmas Chilenas II

Pero, con la transformación del modelo de atención de salud al modelo de atención integral de salud, la población adolescente se visibilizó y se empezó a promover la implementación de programas y servicios de salud que tomaran en cuenta las necesidades de este grupo etéreo. En este contexto, surge el Programa Espacios Amigables para la Salud de Adolescentes en Atención Primaria Municipal, constituyendo un avance en el acceso de los adolescentes a la APS.

Sin embargo, son muchos los adolescentes que acuden a los centros de atención primaria y reciben el mismo tipo de atención que el resto de la población, sin tomar en cuenta las características propias de su etapa, pues lo que ellos requieren son intervenciones que los motiven, les incluyan y no les aburran.

Si bien, estas diferencias están comenzando a ser consideradas en los centros de salud, falta que se consoliden y amplíen, puesto que, ésta experiencia inició recién en el año 2008 y se encuentra implementada en un centro de atención primaria por comuna, sumando 54 a lo largo del país.

La idea principal de este Programa, es acercar la APS a los adolescentes para prevenir la adopción de conductas de riesgo y fortalecer los factores protectores a través de la atención de sus problemáticas, en particular, de su salud sexual y reproductiva y su salud mental, ya que las acciones dirigidas a la atención de salud de los adolescentes son claramente insuficientes. En este sentido, la APS se convierte en protagonista de la salud adolescente, necesaria para mejorar su nivel de salud actual y futura, siendo ésta la razón fundamental para promover este tipo de programas, ya que si se previenen muchos problemas de salud en adolescentes, las atenciones para tratamiento de enfermedades declaradas disminuirán en el futuro como consecuencia de la prevención.

Asimismo, desde la implementación de este programa, la demanda de atención de los y las adolescentes ha aumentado, por lo que se ha convertido en una oportunidad de atención de las necesidades de este grupo de la población que habían permanecido desatendidas. Para ello, se realizaron varias modificaciones en la organización de la entrega de atención, que dicen relación con el establecimiento de un horario especial para su atención para que los adolescentes pudieran acudir al centro de salud después del colegio, garantiza profesionales capacitados para el trabajo con adolescentes, en algunos casos, se implementa un espacio físico exclusivo para su atención y si bien están enfocados en la atención de la salud mental y la salud sexual y reproductiva, los adolescentes pueden dialogar sobre otros temas que les preocupan y en esos casos se les deriva para otorgarles la ayuda que necesitan.

“...la idea es que los chicos vengan acá para ver temas de sexualidad, pero muchas veces, vienen con otros problemas, entonces lo que se hace es que conversen con la psicóloga y juntos vean que se puede hacer, si lo requieren se planean consultas individuales con ella o se derivan...”

Profesional, CES Nueva Aurora.

Al respecto, se destaca la experiencia del Centro de Salud las Palmas Chilenas II, al constituir una experiencia propia e implementada a partir del año 2006, ofreciendo a los adolescentes una atención integral, referida tanto a la visión de la salud como a las estrategias de abordaje, dejando de ser responsabilidad exclusiva de dos profesionales (uno del área de salud sexual y reproductiva y uno del área psicosocial), pasando a ser responsabilidad de todo el equipo de salud.

Este punto, tiene especial relevancia porque las problemáticas de salud de los adolescentes son abordadas por los distintos profesionales, desde sus disciplinas, teniendo en cuenta no sólo los factores biológicos sino también los estilos de vida, el entorno social y cultural. De esta forma, la intervención en este centro de salud cubre más necesidades de los adolescentes que los otros centros, si bien, muchas de sus actuales características deben mejorar, principalmente en lo que se refiere a la cantidad de días destinados al programa, que son escasos y limitan el acceso de más adolescentes.

5.3 REFLEXIONES INTEGRADAS PRIMER Y SEGUNDO EJE: POLÍTICA DE SALUD ADOLESCENTE.

En el siguiente apartado, se reflexiona en torno a la prioridad que se ha dado a la adolescencia en la agenda sanitaria y de la insuficiente respuesta de la Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes para satisfacer las necesidades de salud de este grupo poblacional, permitiendo plantear recomendaciones para mejorar las acciones del Programa de Salud Adolescente.

❖ Invisibilidad de los Adolescentes, invisibilidad de la Política:

Como ya se ha explicado anteriormente, durante muchos años la adolescencia fue considerada como la etapa del ciclo vital con los indicadores de morbimortalidad más bajos, de allí que los adolescentes no constituyeran un tema de preocupación, quedando invisibilizados por el sistema de salud.

A medida que pasó el tiempo, se empezaron a visualizar las necesidades de este grupo poblacional, pero el enfoque de atención de salud se centró únicamente en los factores de riesgo que conllevan al embarazo adolescente, al consumo de alcohol y drogas, a la violencia, entre otras conductas no saludables, por lo que no se percibía la necesidad de invertir en los adolescentes, como por ejemplo, a través de la promoción de la salud.

En la actualidad, ya no caben dudas acerca de la relevancia del abordaje de la salud de los adolescentes, pues se ha demostrado que gran parte de las enfermedades de los adultos están relacionadas con comportamientos iniciados durante la adolescencia como el consumo del tabaco, práctica de relaciones sexuales sin protección o malos hábitos alimentarios. Por otra parte, se comprendió la importancia de considerar a la adolescencia no sólo en el reconocimiento de sus riesgos, sino también que había que incluir sus fortalezas y potencialidades.

Sin embargo, aún cuando la adolescencia está reconocida en la Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes, en la práctica, no significa que los objetivos en que se fundamenta se concreten en plenitud, ya que, en la actualidad sólo se cuenta con un programa oficial orientado a dar respuesta a las necesidades de salud de los adolescentes y su cobertura aún es mínima, ésta experiencia, se denomina Programa Espacios Amigables para la Salud de Adolescentes en la Atención Primaria Municipal, el que además no cuenta con la difusión necesaria para ser conocido por toda la comunidad, más bien se constriñe al sector donde es implementado el Programa, desconociéndose sus orientaciones técnicas y sus resultados. En este sentido, ni la Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes ni el Programa de Salud dirigido a adolescentes que emana de ella, presentan facilidades de acceso para la población.

A continuación, se presentan los aspectos que contribuyen a la invisibilidad de los Adolescentes en la Política de Salud Adolescente:

1. La consideración de que los adolescentes son sanos, lo que con frecuencia es cierto, pero se olvida que los comportamientos negativos que se inician en la adolescencia desembocan a menudo en problemas de salud en la vida adulta.
2. La consideración de que las problemáticas de salud son resultado de conductas de riesgo que los propios adolescentes han elegido y por tanto deben asumir sus consecuencias.

3. La mayor atención a las problemáticas referidas a la sexualidad, especialmente al embarazo adolescente, hace que se vuelvan invisibles otras necesidades de los y las adolescentes.
4. Los escasos Centros de Salud que implementan servicios especializados para el abordaje integral de las problemáticas de salud adolescente.
5. El carácter anual del convenio que sustenta la existencia del Programa Espacios Amigables para la Salud Adolescente, podría entorpecer el logro de objetivos positivos y permanentes, al atentar contra su continuidad.

❖ **Recomendaciones:**

Las recomendaciones que se proponen a continuación, tienen el propósito de mejorar la implementación del Programa Espacios Amigables para la Salud de Adolescentes en Atención Primaria Municipal, y por consiguiente mejorar la atención de salud que brindan a este grupo poblacional.

1. Ampliación del Programa Espacios Amigables a otros Centros de Salud, de modo que más adolescentes sean beneficiados.
2. Desarrollar Actividades de Promoción y Difusión del Programa Espacios Amigables a toda la Comunidad.
3. Fortalecer los Mecanismos de Coordinación entre el Servicio de Salud y el Centro de Salud que se comprometen a desarrollar el Programa Espacios Amigables.
4. Tratamiento Integral de las Problemáticas de Salud de los Adolescentes, más allá del énfasis en salud sexual y reproductiva para adolescentes que posee el Programa Espacios Amigables.
5. Proporcionar formación a las personas que se relacionan con adolescentes en diversos contextos y que pueden influir en sus decisiones relacionadas con la salud.
6. Fortalecimiento del Trabajo Intersectorial para dar respuesta a las necesidades de salud de los Adolescentes.

-
7. Promover Estudios que evidencien Características y Prácticas de la Población Adolescente, con el fin de orientar mejoras en el Programa Espacios Amigables.

Se precisan a continuación, recomendaciones en torno a la Promoción de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes:

1. Rediseñar una Política de Educación Sexual y Afectividad que sea efectiva y coherente, con enfoques basados en el género y ciclo de vida para niños, niñas y adolescentes, la cual debiera tener carácter de obligatoriedad en el sistema escolar formal.
2. Promover una cultura que permita consagrar los derechos sexuales y reproductivos, igualitarios para mujeres y hombres adolescentes.
3. Desarrollar acciones de promoción dirigidas a concientizar a los adolescentes varones y mujeres sobre su responsabilidad y consecuencias ligadas a su comportamiento sexual, así como en la paternidad responsable.

Igualmente, se señalan recomendaciones en torno a la Promoción de la Convivencia Escolar Pacífica:

1. Promover, en los currículos de todos los niveles la inclusión de contenidos y competencias que contribuyan a fomentar la convivencia pacífica.
2. Elaborar un plan de mejoramiento de la convivencia escolar en cada establecimiento educacional, que cuente con la participación de todos los estamentos de la comunidad escolar.
3. Diseño de mecanismos de participación escolar, donde los alumnos puedan expresar sus opiniones acerca de la convivencia escolar.

CAPITULO VI



CONCLUSIONES

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

6.1 CONCLUSIONES EN TORNO A LA METODOLOGÍA.

En la medida que el Trabajo Social, se ha apoyado en aportes de otras disciplinas para interpretar las problemáticas sociales, se ha visto criticado por no poseer enfoques teóricos y metodológicos propios que guíen su quehacer. Si bien, una de las características del Trabajo Social es la posibilidad de generar nuevos conocimientos a partir de la práctica profesional, esto constituye el punto de partida para la elaboración de propuestas metodológicas, lo cual permitiría fortalecer la profesión y la pertinencia de la práctica.

Sin embargo, la intervención profesional realizada por los y las trabajadoras sociales muchas veces se ha visto invisibilizada al no ser registrada y sistematizada, desaprovechando oportunidades para dar a conocer los hallazgos que emergen de la práctica. Junto con la dificultad para registrar las intervenciones llevadas a cabo, los y las trabajadoras sociales también tienen dificultad para difundir e intercambiar experiencias que puedan ser replicadas por otros; todo ello ha llevado a la escasa reflexión sobre su quehacer profesional.

En este contexto, nace la metodología de Intervención Profesional Reflexiva, la cual viene a constituir una estrategia valiosa para rescatar el conocimiento práctico y potenciar la reflexión sobre el ejercicio profesional, permitiendo la retroalimentación, al permitir una auto-observación profesional, registrando experiencias y reflexionando en torno a las potencialidades y vulnerabilidades del proceso de intervención, para así comprender sus propias acciones y descubrir cómo mejorarlas.

En este sentido, podría decirse que el registro de la intervención y su reflexión, conducen al aporte teórico que puede guiar la acción de trabajo social. Esto es muy importante, porque sino el quehacer profesional sería concebido como un conjunto de acciones operativas, restándole prestigio a la profesión.

Así, la estrategia metodológica utilizada en el presente Seminario de Título resultó conveniente para realizar un proceso reflexivo en torno a la temática abordada, superando el ámbito de acción que brinda la metodología del ciclo tecnológico, puesto que se ve potenciado a través de la construcción del conocimiento que surge a partir del ejercicio reflexivo y, que en este caso, será de utilidad para el equipo profesional del CESFAM Miraflores en la implementación del Programa de Salud Adolescente.

6.2 CONCLUSIONES EN TORNO A LA TEMÁTICA.

Aún cuando la Organización Mundial de la Salud ha reconocido reiteradamente la importancia de la salud y el bienestar de los adolescentes, y ha señalado la necesidad de conceder prioridad a los programas dirigidos a su fomento y restablecimiento, así como a la prevención de las problemáticas que los afectan, la salud de los y las adolescentes constituye un tema aún poco abordado desde la salud pública de nuestro país, dado que no se ha desarrollado una política de salud explícita que ponga en práctica la atención integral de esta población, en términos de cobertura y calidad.

En este marco, el Centro de Salud Familiar Miraflores, evidenció su necesidad de fortalecer la gestión en la atención de salud específica para este grupo etario, motivando el desarrollo del presente Seminario de Título, el cual permitirá potenciar la prestación de servicios a la población adolescente.

A continuación se presentan las principales conclusiones en torno a los ejes conceptuales que enmarcaron la experiencia.

- **EJE PROBLEMÁTICAS DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES:**

Por distintas razones, la adolescencia es la etapa del ciclo vital en la que las conductas exploratorias influidas por la curiosidad e interés por conocer el mundo adulto, suelen exponer a los y las adolescentes a riesgos para su salud, entre las principales conductas de riesgo a las que se exponen, se distingue el consumo de tabaco, alcohol y drogas en exceso con consecuencias a lo largo de la vida; la conducta sexual temprana y/o no protegida, que implican mayores probabilidades de embarazos no deseados y la adquisición de infecciones de transmisión sexual; y las conductas violentas, que pueden producir accidentes, homicidios y suicidios. Estos comportamientos se encuentran interrelacionados y si no se abordan oportunamente se convertirán en hábitos negativos que perdurarán durante la vida adulta, afectando la salud.

Dentro de estas problemáticas de salud, los riesgos en el campo de la salud sexual y reproductiva y la salud mental, fueron los escogidos para su abordaje en la intervención profesional llevada a cabo. Es así que fue posible, constatar que los y las adolescentes se sienten preparados y culturalmente motivados para iniciar una vida sexual activa, sin embargo esto no se traduce en un pensamiento lo suficientemente crítico para tomar decisiones en forma responsable, lo cual se debe en gran parte a la falta de educación sexual. Existen, por lo

tanto, los riesgos para la propia salud y la de la pareja, que pueden originarse como consecuencia del comportamiento sexual sin protección.

Por su parte, la violencia que afecta a los adolescentes y jóvenes en el ámbito escolar es un fenómeno complejo y multicausal, que tiene consecuencias negativas para todos los miembros de la comunidad educativa, por lo tanto es responsabilidad de todos abordar los problemas que estén afectando la convivencia escolar. En este sentido, la frecuencia e intensidad de éstos problemas será mayor en escuelas en las que los conflictos no se enfrentan y los valores y normas escolares no son compartidas por todos sus integrantes.

▪ **EJE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ADOLESCENTES:**

La adolescencia presenta la oportunidad de prevenir el comienzo de comportamientos nocivos para la salud y sus repercusiones futuras, ya que los y las adolescentes son receptivos a las ideas nuevas, éste potencial debe ser aprovechado al máximo para la consolidación de estilos de vida saludables.

Desde el punto de vista sanitario, la salud adolescente debe ser abordada con enfoque de determinantes sociales de la salud, por lo que la atención primaria de salud se convierte en protagonista de la salud de los y las adolescentes, al ser la puerta de entrada al sistema de salud, enfatizando iniciativas de promoción y prevención, que incorporan la participación activa de los y las adolescentes y la comunidad.

Por otra parte, muchos de los factores que influyen en el desarrollo de los y las adolescentes provienen del entorno social, algunos de estos factores son la pobreza, la violencia, el desempleo, entre otros, por lo que los esfuerzos de las acciones en favor de la salud de los adolescentes deben reconocer que estas condiciones constituyen limitaciones para mejorar la salud, así también hay otros aspectos del entorno social que pueden ser aprovechados porque favorecen el bienestar de la población adolescente.

Además, las intervenciones encaminadas a prevenir los comportamientos nocivos y fortalecer los factores protectores deben considerar la intervención de las familias, los amigos y de todas aquellas personas significativas para los y las adolescentes, pues todas ellas contribuyen a su crecimiento y desarrollo positivo.

6.3 CONCLUSIONES PROFESIONALES.

Desde los inicios de la profesión, los y las trabajadoras sociales han estado vinculados al campo de la salud, orientando y capacitando a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general, acerca de los recursos personales, sociales y sanitarios que ayuden a incrementar su bienestar. En este sentido, es posible afirmar que trabajo social está permanentemente en contacto con la población y por ello la conoce en profundidad, generando valiosos aportes al equipo profesional de salud, dado que permite conocer al paciente en su contexto social y familiar, ofreciendo respuestas más integrales a sus problemáticas de salud.

De esta forma, el Trabajo Social contribuye a fortalecer el enfoque biopsicosocial, en tanto contextualiza los problemas de salud que históricamente se remitían exclusivamente a la dimensión física de las personas, reconociendo que la salud y la enfermedad son procesos personales y sociales, que implican una dimensión somática, una psicológica y una social, de esta manera introduce nuevos elementos que permiten dar una atención integral a los pacientes y explicar mucho mejor el proceso salud-enfermedad, entendiendo que la pérdida de la salud está relacionada con factores psicosociales que desencadenan dicha situación o bien, resultan de ella.

Esta atención integral implica que el trabajo social actúe de manera conjunta con los individuos, familias y comunidades sobre los determinantes sociales de la salud, llevando a cabo acciones de promoción, prevención y tratamiento en diferentes ámbitos: familiar, escolar, sanitario, laboral, entre otros, cuyo objetivo es que las personas cuiden de sí mismas.

Por lo tanto, su tarea en general, es contribuir al desarrollo de las potencialidades de las personas, a través de la educación para la salud, entendida como un proceso continuo, que sobretodo en la adolescencia tiene gran importancia, ya que no se limita tan sólo al control de conductas de riesgo, sino que pretende favorecer las capacidades de los y las adolescentes, con el fin de alcanzar su óptimo desarrollo.

Para ello, los y las trabajadores sociales deben dirigir sus acciones al estudio de los factores sociales que influyen en las problemáticas de salud de los adolescentes, así como al tratamiento de éstas, a través de procesos de apoyo social que les ayuden a afrontarlas y a tomar las decisiones más acordes con sus necesidades, favoreciendo su participación en la responsabilidad de cuidar su propia salud, esto implica, también, que el/la trabajador/a social posea ciertas competencias para la identificación y satisfacción de las necesidades este grupo específico.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA**❖ TEXTOS:**

- CHILE. Ministerio de Salud, Consejo Nacional para la Promoción de la Salud. Cuenta 2003: Vida Chile construyendo un país más saludable. Santiago: El Consejo, 2003.
- MADDALENO, Matilde et al. La Salud del Adolescente y del Joven. Washington, D.C.: OPS, 1995.
- MOLINA, Ramiro; SANDOVAL, Jorge y GONZÁLEZ, Electra. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Santiago: Mediterráneo, 2003.
- MORENO, Elsa. Servicios de Salud para adolescentes y jóvenes: Los Desafíos de acceso y calidad. Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente, Cartagena de Indias, 1995.
- NIRENBERG, Olga. Participación de adolescentes en proyectos sociales: aportes conceptuales y pautas para su evaluación. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- GRUPO DE ESTUDIO OMS/FNUAP/UNICEF. Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Ginebra: OMS, 1999.
- PALMA, Irma et al. Jóvenes y Sexualidad: Trayectorias, vínculos y contextos sexuales de la generación que ingresa a la sexualidad activa. Santiago: CONASIDA, 2008.
- QUIJANO, Ana María. Guía para el diagnóstico local participativo: componente comunitario de la estrategia AIEPI. Washington, D.C: OPS, 2005.
- SANCHEZ, Hugo, MORENO, Ximena, BUSTOS, Nelly. Promoción de estilos de vida saludables en centros de atención primaria. Santiago: Universidad de Chile, 2004.
- TORO, Horacio, ALBERTS, JOOP. Temas de salud pública en el nuevo contexto de la salud reproductiva: Elementos para programas servicios. Santiago: OPS, 1999.
- YÁNEZ, Pamela, GALAZ, Jorge. Conviviendo mejor en la escuela y en el liceo: Manual sobre convivencia escolar dirigido a todas y todos los integrantes de la Comunidad Educativa. Santiago: Ministerio de Educación, 2009.

- Zubarew, Tamara; ROMERO, María Inés y POBLETE, Fernando. Adolescencia: Promoción, Prevención y Atención de Salud. Santiago: Universidad Católica de Chile, 2003.

❖ **DOCUMENTOS TÉCNICOS:**

- Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2010. Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2010.
- Orientaciones Técnicas de Atención amigable para adolescentes en establecimientos de atención primaria. Chile. Ministerio de Salud, 2004.
- Política de Convivencia Escolar. Chile. Ministerio de Educación, 2002.
- Política de Educación en Sexualidad: Para el Mejoramiento de la Calidad de la Educación. Chile. Ministerio de Educación, 2001.
- Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad. Chile. Ministerio de Educación, 2005.
- Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes: 2008-2015. Chile. Ministerio de Salud, 2008.
- Quinta Encuesta Nacional de Juventud. Chile. Instituto Nacional de Juventud, 2006.

❖ **APUNTES DE DOCENCIA:**

- CASTAÑEDA, Patricia. Hacia la configuración de una intervención profesional reflexiva para trabajo social. Universidad de Valparaíso, Escuela de Trabajo Social, 2007.

❖ **SEMINARIOS DE TÍTULO:**

- CÁRDENAS, Carolina. Trabajo Social y Educación: Intervención Profesional Reflexiva en Ausentismo Escolar con Alumnas de Enseñanza Media en Liceo Técnico de Valparaíso. Tesis de Grado. Universidad de Valparaíso. Escuela de Trabajo Social, Valparaíso, 2009.
- OLIVA, Ximena; RIFFO, Scarlett. Trabajo Social y Política Preventiva del Consumo de Drogas en el Ámbito Educativo: Intervención Profesional Reflexiva en la Escuela Industrial Superior de Valparaíso. Tesis de Grado. Universidad de Valparaíso. Escuela de Trabajo Social, Valparaíso, 2008.

- RETAMAL, Irene; ULLOA, Lizett; ZÚÑIGA, Natalia. Trabajo Social y Salud Mental: Intervención Profesional Reflexiva con Grupos de Salud Mental en el CESFAM Gómez Carreño. Tesis de Grado. Universidad de Valparaíso. Escuela de Trabajo Social, Valparaíso, 2007.

❖ **FUENTES ELECTRÓNICAS:**

- Sitio Web www.cvmv.cl
- Sitio Web www.convivenciaescolar.cl
- Sitio Web www.educarchile.cl
- Sitio Web www.infoescuela.cl
- Sitio Web www.mineduc.cl
- Sitio Web www.minsal.cl
- Sitio Web www.pazciudadana.cl
- Sitio Web www.valorasuc.cl
- Sitio Web www.vidachile.cl