

ESTRATEGIA DE PROMOCION PARA LA POBLACION ADOLESCENTE
LA DINÁMICA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON
LA CONSTRUCCIÓN DE PROYECTO DE VIDA
EN LA ADOLESCENCIA

Presentado por:

SHAROM DAYANA OTERO PARRA 130003118

Sharito.otero@gmail.com

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
VILLAVICENCIO
OCTUBRE

Contenido

Contenido.....	2
INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACION	7
OBJETIVOS	8
Objetivo General	8
Objetivos específicos.....	8
MARCO REFERENCIAL	9
MARCO TEORICO.....	11
1.2. Teorías Sobre El Desarrollo Adolescente.....	11
MARCO LEGAL	17
MARCO INVESTIGATIVO	21
1.3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO MUNDIAL.....	21
1.4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE COLOMBIA.....	25
1.5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA META.....	40
ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA SALUD	43
NECESIDADES IDENTIFICADAS.....	44
NECESIDAD A INTERVENIR	44
POBLACIÓN OBJETO:.....	46
DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES	47
1. DESCRIBIENDO A MI FAMILIA	47
2. LA SOCIEDAD QUE ME RODEA	48
3. QUE MEJOR QUE CONOCER A TU FAMILIA	49
4. UN ROL NUEVO EN MI VIDA.....	49
5. APRENDIENDO A ESCUCHAR A MI FAMILIA	50
6. FORTALECIENDO LAZOS FAMILIARES.....	52
7. ¿AUN SOY UN ADOLESCENTE?	56
8. VIVE LAS RELACIONES DESDE TU FAMILIA	57
9. CONOCIENDO LOS SENTIMIENTOS DE MI FAMILIA	59
PARÁMETROS DE EVALUACIÓN	62
INDICADORES DE EVALUACION.....	63

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Los ocho estadios psicosociales de Erikson.	14
Tabla 2 Principio de Protección Integral	17
Tabla 3 MORBI-MORTALIDAD DE ADOLESCENTES EN EL MUNDO	21
Tabla 4 Morbimortalidad de los adolescentes en Colombia	26
Tabla 5 Número de casos de uso de tabaco, segun grupos de edad	31
Tabla 6 Edad de inicio de consumo de tabaco segun sexo	31
Tabla 7 Numero de casos de uso de alcohol, según grupos de edad.....	32
Tabla 8 Edad de inicio del consumo de alcohol según sexo	32
Tabla 9 Consumo de cualquier sustancia ilícita según grupos de edad	33
Tabla 10 Edad de inicio de consumo de cualquier sustancia ilícita según sexo.....	34
Tabla 11 Consumo de marihuana segun grupos de edad.....	34
Tabla 12 Edad de inicio del consumo de marihuana según sexo	35
Tabla 13 Consumo reciente de cocaína según grupos de edad	35
Tabla 14 Edad de inicio de consumo de cocaína según sexo	36
Tabla 15 Consumo reciente de basuco según grupos de edad	36
Tabla 16 Edad de inicio de consumo de basuco según sexo	37
Tabla 17 Consumo de éxtasis según grupos de edad	37
Tabla 18 Edad de inicio del consumo de éxtasis según sexo.....	37

LISTA DE GRAFICAS

Grafica 1 comparación de la maternidad en los tipos de países	24
Grafica 2 distribución de la población en Colombia.....	25
Grafica 3 edad de inicio de relaciones sexuales	29
Grafica 4 Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes	38
Grafica 5 Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes no gestantes	39
Grafica 6 Tipo de función familiar	39
Grafica 7 muertes maternas	42

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 CRONOGRAMA.....	65
Anexo 2 GASTOS	66

INTRODUCCIÓN

La presente estrategia se realizó con el fin de identificar los factores de riesgo que influyen en el desarrollo del grupo poblacional a intervenir; los adolescentes, y los altos índices de morbi-mortalidad que afectan su desarrollo, teniendo en cuenta el marco legal que los reviste y protege para así lograr que tengan un desarrollo adecuado.

Con base en los datos recolectados, los factores de riesgos y la problemática que se identificó, se implementa la estrategia de promoción de la salud denominada una familia unida motiva tu vida donde se plantea intervenir la necesidad primordial, que es la dinámica familiar viendo esta como la razón generadora de la problemática que viven los adolescentes. Con el propósito de generar capacidades en cada uno de los miembros de la familia para servir de apoyo y guía.

La estrategia se desarrollarse en el colegio departamental sanfrancisco de asís donde se trabajara con los adolescentes del grado noveno y sus familias

JUSTIFICACION

La organización mundial de la salud define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y la especifican entre los 10 a 20 años.¹

Según las naciones unidas en 2009, 1.200 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 15 y 19 años que es como definen esta etapa, constituían el 18% de la población mundial,² este dato hace notorio que la cantidad de adolescentes en el mundo es realmente significativa siendo esta una etapa de la vida importante para el desarrollo de su personalidad y así mismo del papel que van a tomar en la sociedad.

En esa misma línea la Región de América latina y el Caribe ocupa el tercer puesto en referencia a la cantidad de adolescentes con 108 millones después de la región de Asia meridional y de Asia oriental y el Pacífico con 335 y 329 millones respectivamente³. Así mismo nos vamos acercando al contexto local del país, ya que Colombia tiene un porcentaje importante de terreno y población en esta región, siendo todos países en desarrollo.

Por tal razón es importante analizar de diferentes fuentes cual es la situación de morbilidad de este grupo poblacional a lo largo del mundo y terminar especificando la situación en el contexto local, para así identificar cual es la razón base que podemos intervenir mediante una estrategia de información, educación y comunicación promoviendo ambientes saludables para los futuros adultos.

¹ Embarazo en adolescentes. [En línea] <http://www.enigmapsi.com/adolesymb.html> [Citado el 10 de Noviembre de 2014]

² UNICEF, Las tendencias demográficas en los adolescentes: diez datos clave, <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/Las-tendencias-demograficas.pdf>

³ UNICEF, Las tendencias demográficas en los adolescentes: diez datos clave, <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/Las-tendencias-demograficas.pdf>

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la situación de morbi-mortalidad de los adolescentes con el propósito de elaborar una estrategia de promoción de la salud para intervenir en la necesidad prioritaria de este grupo poblacional.

Objetivos específicos

- ✓ Analizar de diferentes fuentes la situación de morbimortalidad de los adolescentes en el mundo, en Colombia y en el Departamento del Meta.
- ✓ Justificar el marco legal que rige a los adolescentes en el territorio Colombiano
- ✓ Identificar los factores de riesgo y factores protectores que cursan en este grupo poblacional
- ✓ Identificar la razón principal causante de la morbimortalidad en adolescentes

MARCO REFERENCIAL

1.1. MARCO CONCEPTUAL

Descripción de los conceptos básicos para la preparación del trabajo

Conceptos: es la construcción que realizamos, al agrupar nuevos conocimientos y experiencias con los conocimientos y experiencias propias.

Promoción de la salud: el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud.⁴

La salud: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.⁵

Educación para la salud: La educación para la salud Son todos los métodos y/o procesos para que se fomente y promueva información que mejore la educación acerca de la salud en los individuos y poblaciones, que no tengan conocimientos básicos sobre la salud, aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.⁶

Epidemiología: La epidemiología es el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud de determinadas poblaciones y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud.⁷

Factor de riesgo: cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.⁸

Factores protectores:son aquellos asociados a la reducción de una conducta de riesgo.⁹

⁴PROMOCIÓN DE LA SALUD [En Línea]

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5164&Itemid=3821&language=es [Citado el 2 de Noviembre de 2014]

⁵ DEFINICIÓN DE LA OMS EXPUESTA POR WORLD HEALTH ORGANIZATION 1998[en línea] p. 1 [Disponible en]

http://publications.paho.org/spanish/PC+629+Cap_2.pdf [Citado en Octubre de 2014]

⁶ GLOSARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE WORLD HEALTH ORGANIZATION 1998[en línea] [Disponible en] http://publications.paho.org/spanish/PC+629+Cap_2.pdf Citado en Octubre de 2014]

⁷ GLOSARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE WORLD HEALTH ORGANIZATION 1998[en línea]

[disponible en] http://publications.paho.org/spanish/pc+629+cap_2.pdf [citado en octubre de 2014]

⁸FACTORES DE RIESGO. [En Línea] http://www.who.int/topics/risk_factors/es/ [Citado el 2 de Noviembre de 2014]

Enfermedad: Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible¹⁰

⁹ MINISTERIO DEL INTERIOR Y SEGURIDAD PÚBLICA. Factores protectores y de riesgo. [en línea] <http://www.senda.gob.cl/prevencion/consejos-preventivos/familiar/factores-protectores> [citado en 28 octubre de 2014]

¹⁰ OMS: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [en línea] p. 1 [Disponible en] http://publications.paho.org/spanish/PC+629+Cap_2.pdf Citado en Octubre de 2014]

MARCO TEORICO

1.2. Teorías Sobre El Desarrollo Adolescente

1.2.1. Teoría de Sigmund Freud

Freud (1856-1939) desarrolló sus ideas sobre la teoría psicoanalítica a partir de su trabajo con pacientes clínicos. Médico especializado en neurología, pasó la mayor parte de su vida en Viena, aunque emigró a Londres cerca del final de su carrera a causa del antisemitismo nazi.

Estructura de la personalidad.

Freud creía que la personalidad estaba compuesta por tres estructuras diferentes: el ELLO, el EGO o YO y el SUPEREGO O SUPERYO. El ello, es la estructura freudiana de la personalidad que está integrada por los instintos, los cuales constituyen la reserva de energía psíquica de una persona. En la teoría de Freud, EL es completamente inconsciente; no tiene ningún contacto con la realidad. Cuando los niños experimentan las exigencias y restricciones impuestas por la realidad, emerge una nueva estructura de la personalidad —el ego o yo—, la estructura freudiana de la personalidad que afronta las demandas de la realidad. El ego se denomina la «rama ejecutiva» de la personalidad por que toma decisiones racionales. El yo y el ego no tienen moralidad no tienen en cuenta si las cosas están bien o mal. El superego o superyó, la tercera estructura freudiana de la personalidad, es la «rama moral» de la personalidad. El superego tiene en cuenta si las cosas están bien o mal. Podemos pensar en el superego como en lo que solemos denominar «conciencia».¹¹

En la teoría psicoanalítica, la mayor parte de nuestra personalidad existe por debajo del nivel de la conciencia, de igual modo que la mayor parte de un iceberg está bajo la superficie del agua. Ilustra esta analogía. Freud creía que la vida de los adolescentes está llena de tensiones y conflictos. Para reducir estas tensiones, los adolescentes mantienen la información bloqueada en su mente inconsciente. Creía que hasta los comportamientos más triviales tienen un significado en especial cuando se descubren las fuerzas inconscientes que hay detrás de ellos.

La mente consciente e inconsciente: la analogía del iceberg.

La analogía del iceberg se utiliza para ilustrar qué parte de la mente es consciente y cuál es inconsciente, según la teoría de Freud. La mente

¹¹DOYLE, ARTHUR CONAN. TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO ADOLESCENTE [en línea]Enero de 2012[Disponible en]<http://terapiaonline.co/psicologia-evolutiva/adolescencia/teorias-sobre-el-desarrollo-adolescente/>[Citado en Octubre de 2014]

consciente es la parte del iceberg que está sobre la superficie y la inconsciente la que está bajo el agua. Véase que el *ELLO* es completamente inconsciente, mientras que el ego o yo y el superego o superyó pueden operar tanto a nivel consciente como inconsciente.

Mecanismos de defensa.

El yo resuelve los conflictos que se crean entre las demandas de la realidad, los deseos del ello y las restricciones del superego utilizando *los mecanismos de defensa*. Se trata de métodos inconscientes que utiliza el yo para distorsionar la realidad a fin de protegerse de la ansiedad. Según el enfoque de Freud, las exigencias conflictivas de las distintas estructuras de la personalidad producen ansiedad. Por ejemplo, cuando el yo bloquea la búsqueda de placer del ello, experimentamos ansiedad. Este estado difuso de angustia se desarrolla cuando el yo siente que el ello va a provocar sufrimiento en el individuo. La ansiedad alerta al yo para que resuelva el conflicto poniendo en funcionamiento algún mecanismo de defensa.

Según Freud, la *represión* es el mecanismo de defensa más eficaz y omnipresente. Expulsa los impulsos inaceptables del ello fuera de la conciencia, relegándolos a la mente inconsciente. La represión es el fundamento de todos los demás mecanismos de defensa; la meta de cualquier mecanismo de defensa es reprimir, o expulsar de la conciencia los impulsos amenazantes. Freud consideraba que las experiencias de la infancia temprana, muchas de las cuales son de contenido sexual, son demasiado amenazadoras o estresantes para afrontarlas conscientemente, y que reducimos la ansiedad de este conflicto mediante la represión.

La represión durante la adolescencia no es en absoluto defensiva, sino más bien un aspecto integral, normal, inevitable y universal de la pubertad. La naturaleza de la represión varía de un adolescente a otro. Puede implicar una autonomía infantil, obediencia, y tendencia a ponerse celoso, o bien un regreso repentino a la pasividad que caracterizaba el comportamiento durante la infancia.

Los mecanismos de defensa son la clave para entender la adaptación adolescente. Los problemas de la adolescencia no se resuelven entendiendo el ello, o las fuerzas instintivas, sino profundizando en la existencia de «objetos afectivos» en el pasado del adolescente. El apego a esos objetos, que generalmente coinciden con los padres, se mantiene desde la primera infancia, atenuándose o inhibiéndose durante la fase de la latencia. Durante la adolescencia, estos impulsos pre genitales se pueden reactivar o, lo que es peor, impulsos genitales recién adquiridos (adolescentes) se pueden combinar con los impulsos que se desarrollaron durante los primeros años de la infancia.

Fases psicosexuales.

Conforme Freud iba escuchando, preguntando y analizando las respuestas de sus pacientes, se fue convenciendo de que sus problemas eran el resultado de las experiencias acumuladas durante las primeras etapas de la vida. Freud creía que pasamos por cinco fases de desarrollo psicosexual y que en cada una de ellas experimentamos el placer en una parte del cuerpo, con mayor intensidad que en otras.

- **La fase oral:** Abarca los 18 primeros meses de vida, es la primera etapa freudiana, en la cual el placer del bebé se centra en torno a la boca. Masticar, succionar y morder son las principales fuentes de placer de un bebé. Estas acciones le permiten mitigar la tensión.
- **La fase anal:** comprendida entre el año y medio y los tres 3 años, es la segunda fase freudiana, en la cual el placer del bebé se sitúa en el ano o la función de excreción a él asociada. Según Freud, la contracción-relajación de los músculos anales permite mitigar las tensiones.
- **La fase fálica:** comprendida entre los tres y los seis años, es la tercera etapa freudiana. Su nombre proviene del término latino *phallus*, que significa falo o pene. Durante la etapa fálica, el placer se focaliza en los genitales, cuando el niño descubre que su manipulación resulta placentera

Según la teoría de Freud, la fase fálica es muy importante en el desarrollo de la personalidad porque es durante este período cuando aparece el complejo de Edipo. En la teoría freudiana, el *complejo de Edipo* es el intenso deseo que experimentan los niños pequeños de sustituir al padre del mismo sexo y disfrutar del afecto del padre del sexo opuesto.

- **La fase de latencia:** comprendida aproximadamente entre los 6 años y la pubertad, es la cuarta fase freudiana. En ella el niño reprime todos sus impulsos sexuales y se centra en desarrollar las habilidades sociales e intelectuales.
- **Fase genital:** es la quinta fase freudiana. Se inicia con la pubertad y se prolonga durante la etapa adulta. La fase genital es un período de reactivación de los impulsos sexuales; la fuente del placer sexual se encuentra ahora en una persona ajena al contexto familiar. Freud creía que los conflictos con los padres no resueltos se reactivan durante la adolescencia. Cuando se resuelven, el individuo es capaz de desarrollar una relación amorosa madura y funcionar independientemente como adulto.

1.2.2. TEORÍA DE ERIKSON

Erik Erikson (1902-1994) el habla de *estadios psicosociales*, para Erikson el carácter social y refleja el deseo de afiliarse con otras personas. Erikson hizo hincapié en que el cambio evolutivo tiene lugar a lo largo de todo el ciclo vital.

En la teoría de Erikson, *existen ocho estadios psicosociales que abarcan todo el ciclo vital*). Cada uno de ellos se centra en una sola tarea evolutiva que enfrenta a la persona a una crisis que debe superar. Según Erikson,¹²

Tabla 1 Los ocho estadios psicosociales de Erikson.

Etapas	Edad del sujeto años			Virtudes Básicas
1	0-2	Confianza	Vs. Desconfianza	Esperanza
2	2-4	Autonomía	Vs. Vergüenza	Voluntad
3	4-6	Iniciativa	Vs. Culpa	Propósito
4	6-12	Laboriosidad	Vs. Inferioridad	Capacidad
5	Adolescencia	Identidad	Vs. Difusión	Fidelidad
6	Juventud	Intimidad	Vs. Aislamiento	Amor
7	Adultez	Generatividad	Vs. Estancamiento	Cuidado
8	Madurez	Integridad	Vs. Desesperación	Sabiduría

Estas crisis no son catástrofes, sino puntos de inflexión de mayor vulnerabilidad y mayor potencial. Cuanto más eficazmente resuelva estas crisis un individuo, más saludable será su desarrollo (Hopkins, 2000).

Confianza versus desconfianza

Es el primer estadio psicosocial de Erikson, que se prolonga durante el primer año de vida. La vivencia de la confianza requiere una sensación de bienestar físico y una cantidad mínima de miedo y aprensión por el futuro. La confianza durante la primera infancia sienta las bases de una expectativa, que durará toda la vida, de que el mundo será un lugar bueno y agradable para vivir.

Autonomía versus vergüenza y duda

El segundo estadio psicosocial de Erikson, se inicia a finales del primer año y se prolonga hasta el tercero. Después de adquirir confianza en sus cuidadores, los bebés empiezan a descubrir que su comportamiento es efectivamente suyo y empiezan a afirmar su sentido de independencia y autonomía. Se dan cuenta

¹²ERIKSON, TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO ADOLESCENTE [en línea] 1968, p. 127 [Disponible en] <http://terapiaonline.co/psicologia-evolutiva/adolescencia/teorias-sobre-el-desarrollo-adolescente/>[Citado en Octubre de 2014]

de que tienen voluntad. Si a un bebé se le limita demasiado y se le castiga con dureza, es probable que desarrolle una sensación de vergüenza y duda.

Iniciativa versus culpa

Es el tercer estadio psicosocial de Erikson, que se prolonga durante la etapa preescolar. Durante esta etapa se amplía el mundo social del niño, que se ve obligado a afrontar más desafíos que en las etapas anteriores. Para superar estos desafíos, necesitará comportarse activa y deliberadamente. A esta edad, a los niños se les pide que se responsabilicen de su cuerpo, su comportamiento, sus juguetes y sus mascotas.

El desarrollo de un sentido de la responsabilidad favorece la iniciativa. No obstante, cuando un niño es irresponsable y se le hace sentir angustiado, es posible que surjan en él sentimientos de culpa. Erikson extrae un balance positivo de esta etapa. Considera que la mayor parte de la culpa es compensada rápidamente por la sensación de logro.

Laboriosidad versus inferioridad

Es el cuarto estadio psicosocial de Erikson, que coincide aproximadamente con el período de la enseñanza primaria. La iniciativa de los niños los pone en contacto con un universo de nuevas experiencias. Conforme se van adentrando en la etapa escolar, los niños dirigen su energía hacia la adquisición de conocimientos y el dominio de habilidades intelectuales. En ningún otro momento tienen los niños tantas ganas de aprender como al final de la etapa preescolar, de expansiva imaginación. El peligro durante esta etapa es que el niño desarrolle un sentimiento de inferioridad —o una sensación de incompetencia e improductividad—. Erikson considera que los profesores tienen una gran responsabilidad en el desarrollo de la laboriosidad. Los profesores deberían «coaccionar, suave pero firmemente, a los niños para que se embarquen en la aventura de descubrir que uno puede aprender a conseguir cosas que nunca se habría imaginado»

Identidad versus confusión de la identidad

Es el quinto estadio psicosocial de Erikson, que coincide aproximadamente con la adolescencia. En este estadio, la persona se enfrenta al descubrimiento de quién es, qué hace en la vida y hacia dónde va. Los adolescentes deben adoptar muchos roles y adquirir un estatus nuevo propio de los adultos por ejemplo, el laboral y el de pareja. Los padres deben dejar que los adolescentes exploren roles distintos y diferentes caminos dentro de cada rol. Si el adolescente explora estos roles de una forma saludable y encuentra un camino positivo a seguir en la vida, desarrollará una identidad positiva. Si los padres imponen una identidad al adolescente, si éste no explora adecuadamente muchos roles posibles, y si no logra encontrar un camino positivo a seguir en el futuro, reinará la confusión de la identidad.

Intimidad versus aislamiento

Es el sexto estadio psicosocial de Erikson, que coincide con la primera parte de la etapa adulta. En este estadio, el individuo debe afrontar la tarea evolutiva de establecer relaciones íntimas con otras personas. Erikson describe la intimidad como encontrarse a uno mismo al tiempo que uno se pierde en el otro. Si el joven adulto forma amistades saludables y establece una relación íntima con otra persona, alcanzará la intimidad. Si no, reinará el aislamiento.

Productividad versus estancamiento

Es el séptimo estadio psicosocial de Erikson, que coincide con la adultez media. Una de las preocupaciones centrales de esta etapa es ayudar a la generación más joven a desarrollar y llevar una vida plena —a esto se refiere Erikson cuando habla de productividad—; la sensación de no haber hecho nada para ayudar a la próxima generación es el estancamiento.

Integridad versus desesperación

Es el octavo y último estadio psicosocial de Erikson, que coincide con la adultez tardía. Durante esta etapa solemos volver la vista atrás para evaluar lo que hemos hecho con nuestras vidas. A través de muchas rutas diferentes, es posible que una persona mayor haga un balance positivo de todas las etapas evolutivas previas. En tal caso, la evaluación retrospectiva revelará una vida bien empleada y la persona experimentará una sensación de satisfacción, integridad y logro. Si una persona mayor resolvió muchas de las etapas evolutivas previas negativamente, el análisis retrospectivo la dejará con una sensación de duda y tristeza o que Erikson denomina desesperación.

Erikson no considera que las soluciones adecuadas a las crisis propias de los distintos estadios sean siempre completamente positivas. A veces es inevitable cierta exposición o compromiso con el polo negativo de un conflicto bipolar por ejemplo, no podemos confiar en todo el mundo en todas las circunstancias y sobrevivir. De todos modos, para que el desarrollo sea óptimo, deberían dominar las resoluciones positivas de las crisis propias de los distintos estadios

MARCO LEGAL

Tabla 2 Principio de Protección Integral

EJE	INSTITUCIONES AUTORIDADES PÚBLICAS RESPONSABLES	Y ENTIDADES CORRESPONSABLES
Reconocimiento del niño, la niña y el adolescente como sujeto de derechos y promoción de los mismos	Programas y proyectos del ICBF, Ministerio Público, entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar y del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas y entidades adscritas al Departamento para la Prosperidad Social (DPS).	Redes, organizaciones de la sociedad civil, Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), Juntas de Acción Comunal, organizaciones comunitarias de base, entidades de cooperación internacional, familias y Comunidades..
Garantía y cumplimiento de derechos	Autoridades públicas y entidades responsables de la garantía de derechos articuladas en el Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF). Por ejemplo: Secretarías de Educación, Salud, Cultura, Recreación y Deporte, Saneamiento Básico, Agua Potable, Registraduría y Policía.	Familias y comunidades
Prevención de la vulneración de derechos	Programas y proyectos del ICBF, Defensoría del Pueblo, Comisarías de Familia, Alcaldías, Instituciones Educativas, Comisión Intersectorial para la Prevención del Reclutamiento, el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas, la	Redes y nodos comunitarios de protección, organizaciones sociales, entidades de cooperación internacional y familias y comunidades a las que pertenecen los niños, niñas y Adolescentes.

	Dirección de Derechos Humanos del Ministerio del Interior, el Ministerio de Trabajo, Inspectores de trabajo y Comités de Erradicación del Trabajo Infantil y el Programa Presidencial de Acción Integral contra las Minas,	
Restablecimiento de derechos a niños, niñas y adolescentes a quienes les hayan sido vulnerados	Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) en cabeza de las autoridades competentes como defensores de familia, comisarios de familia o inspectores de Policía.	Familias y comunidades Corresponsables.
Construcción de políticas públicas de infancia y adolescencia	Presidencia de la República, gobernaciones y alcaldías a través de los Consejos de Política Social y los Subcomités de Infancia y Adolescencia.	Consejos de Política Social, sociedad civil organizada, entidades de cooperación internacional, organizaciones comunitarias de base, representación de las familias que participan en los consejos de Política Social en los niveles locales y departamentales ¹³

Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 2013

La garantía y el cumplimiento:

Significan la corresponsabilidad del Estado e implican en primera instancia a la familia y la sociedad en el ejercicio pleno de los 44 derechos de los niños, niñas y adolescentes descritos en el Código de la Infancia y la Adolescencia – Ley 1098 de 2006 --. Así mismo, subrayan el respeto por el ejercicio de los

¹³Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Proceso gestión para la promoción y prevención para la protección integral de la niñez y adolescencia, lineamiento técnico [en línea] <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortallCBF/NormatividadC/Contratacion/RegimenEspezial/RESedeDireccion/CP002-2013/LINEAMIENTOS%20GCB%20%202014.pdf>. [citado el 3 Octubre del 2014]

derechos colectivos y el derecho a la identidad cultural por parte de los niños y niñas de los pueblos indígenas y de las comunidades afrocolombianas, palenqueras de acuerdo con sus patrones culturales, políticos y sociales.

En relación con la responsabilidad del Estado, la garantía de derechos implica también la adecuación de cobertura, acceso, calidad y eficiencia de los servicios públicos, con el fin de permitir que todas las personas menores de 18 años puedan gozar efectivamente de sus derechos. Al respecto, el Artículo 44 de la Constitución Política de Colombia reitera que los derechos de los niños, niñas y adolescentes son derechos fundamentales que prevalecen sobre los derechos de los demás y exige de la familia, de la sociedad y del Estado una responsabilidad solidaria para asegurar la protección y el ejercicio pleno de sus derechos, su desarrollo armónico e integral y su protección contra todas las formas de violencia y explotación. Adicionalmente, la Constitución expresa que: “Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores.”¹⁴

De la misma manera, en el Artículo 11 del Código de la Infancia y la Adolescencia se reitera que “cualquier persona puede exigir de la autoridad competente el cumplimiento y el restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes.”

Adicionalmente, le impone a las autoridades públicas, la obligación de actuar de manera inmediata para proteger y restablecer los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Así “El Estado en cabeza de todos y cada uno de sus agentes tiene la responsabilidad inexcusable de actuar oportunamente para garantizar la realización, protección y el restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes.”¹⁵

La corresponsabilidad entre la familia, la sociedad y el Estado: La protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes debe expresarse en todos y cada uno de sus ámbitos de socialización: la familia, las instituciones educativas, los lugares de recreación, las comunidades y cada una de sus formas públicas y privadas, y en todas las entidades estatales del nivel nacional y local. La corresponsabilidad de todas las personas e instituciones siempre contribuirá en la construcción de entornos protectores efectivos para los niños, niñas y adolescentes.

¹⁴ICBF. Proceso gestión para la promoción y prevención para la protección integral de la niñez y adolescencia, lineamiento técnico (en línea) 03 Octubre del 2013 (Disponible en <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortallCBF/NormatividadC/Contratacion/RegimenEspeacial/RESedeDireccion/CP002-2013/LINEAMIENTOS%20GCB%20%202014.pdf>. (citado en Octubre del 2014).

¹⁵ ART. 10 CORRESPONSABILIDAD [En línea] http://cms-static.colombiaaprende.edu.co/cache/binaries/articles-177828_archivo_pdf_resumen_ley1098.pdf?binary_rand=6017 [Citado el 3 Octubre de 2014]

Prevención de la vulneración de derechos: El Programa pretende que quienes estén al frente del acompañamiento de los grupos de niños, niñas y adolescentes cuenten con la habilidad necesaria para realizar un análisis objetivo de las posibles situaciones que ponen en riesgo a los niños, las niñas, los adolescentes y sus familias, por violaciones a los Derechos Humanos (DDHH) o por Infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH), de tal forma que se tenga en cuenta la valoración del riesgo, a partir de la identificación de las amenazas (ocurrencia de hechos violatorios) vulnerabilidades (falta de capacidades y de acceso a los recursos) y capacidades (oferta del Estado, ONGs etc.), y la interrelación de sus variables en un entorno determinado.

MARCO INVESTIGATIVO

1.3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO MUNDIAL

Actual mente En el mundo los adolescentes son un grupo muy golpeado por las nuevas cargas de enfermedades ya que es una etapa donde se presentan cambios físicos, sociales y emocionales que los exponen frente al cambio constante del mundo.

Según estudios de la organización mundial de la salud (OMS) indican que 1,3 millones de adolescentes murieron en el mundo en 2012 y 2013¹⁶ lo cual alerta cuales son las principales causas de morbimortalidad que se presentan en este grupo poblacional son los producidos por factores importantes

1.3.1. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBI-MORTALIDAD DE ADOLESCENTES EN EL MUNDO

Tabla 3 MORBI-MORTALIDAD DE ADOLESCENTES EN EL MUNDO

Enfermedades	Factores Relacionados Y Lugar De Incidencias	Cifras
Depresión	Se dio a conocer por la OMS que las edades donde más se presenta son de 10 a 19 años la cual es la principal causa de enfermedad y discapacidad. Esto esta presente en 109 países y no interviene la clase sociales del grupo poblacional ya que se relaciona con el cigarrillo, el consumo de droga y alcohol, la nutrición, la sexualidad y la violencia. ¹⁷	20% de los niños y adolescentes del planeta presentas problemas con la depresión que es manifestada por algunos de sus síntomas ¹⁸

¹⁶ PERFIL EPIDEMIOLÓGICO MUNDIAL[en línea] [Disponible en] <http://www.americaeconomia.com/politica-sociedad/sociedad/oms-la-violencia-es-la-principal-causa-de-muerte-de-adolescentes-en-ameri>[Citado en Octubre de 2014]

¹⁷ OMS: Organización Mundial de la Salud[en línea] [Disponible en] http://publications.paho.org/spanish/PC+629+Cap_2.pdfCitado en Octubre de 2014]

¹⁸ SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOELSCENTES [En línea] http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/ [Citado el 28 de Octubre]

Accidentes de tránsito	el índice de muerte principalmente por este hecho los aportan los hombres más que las mujeres ya que triplica la cantidad de casos reportados	Se calcula que aproximadamente mueren 700 adolescentes cada día causados por traumatismos en accidentes de tránsito. ¹⁹
Suicidio	se desencadena principalmente por la depresión no controlada y tratada en el grupo poblacional, cual debe notarse a los 14 años donde se presentan los primeros síntomas y signos de alarma	La tasa mundial de suicidios, ajustada por edad, fue de 11,4 por cada 100.000 habitantes. ²⁰
VHI-SIDA	se presenta en gran medida en países africanos y en países sub desarrollados o en vías de desarrollo	Dos millones de adolescentes en todo el mundo viven con VIH 40 % en la última década , que se pasó de 1,5 millones de infectados a 2,1 millones ²¹
Enfermedades infecciosas (meningitis, diarrea e Infecciones respiratorias)	Son más recurrentes en familias de países subdesarrollados ya que tienen los servicios básicos cubiertos como agua potable, saneamiento y una cobertura de salud precaria	Son responsables del 18 % de las muertes entre el grupo de 10 a 14 años. ²²
Muertes por complicaciones en partos	los han disminuido en las última década pero sigue siendo preocupante la cantidad de casos presentes principalmente en África pero sigue siendo la principal causa entre las adolescentes de 15 a 19 años, sólo superada por el suicidio	El descenso hasta el 2013 fue 57 % en el Sudeste Asiático, del 50% en el Mediterráneo Oriental y el 37 % en África. Teniendo en cuenta que Cada año dan a luz aproximadamente 16 millones de mujeres

¹⁹ RIESGOS PARA LA SALUD DE LOS JOVENES, TRAUMATISMO [En línea]

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/> [Citado el 28 de Octubre]

²⁰ PREVENCIÓN DEL SUICIDIO [En línea] http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1 [Citado el 28 de Octubre]

²¹ RIESGOS PARA LA SALUD DE LOS JOVENES, VIH [En línea]

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/> [Citado el 28 de Octubre]

²² MAYOR ATENCIÓN A SALUD DE LOS ADOLESCENTES [En línea]

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/> [Citado el 28 de Octubre]

		adolescentes de 15 a 19 años ²³
Obesidad	1 de cada 4 adolescentes hace o practica alguna actividad física , donde son más relevantes los datos son e los países desarrollados, ya que los hábitos alimenticios de las nuevas generaciones son inadecuados los cuales unidos a otros factores de riesgo seguramente se desarrollara un sobre peso que los llevara a una obesidad a temprana edad	Entre un 15 a un 18% de los niños y adolescentes son obesos o tienen algún grado de sobrepeso
Violencia	Principalmente la violencia es vista en las mujeres adolescentes ya que son víctimas de diferentes tipos de violencia que van desde violencia sexual a maltrato , físico y psicológico	Cada diez minutos muere una adolescente en el mundo como consecuencia de la violencia 70 millones de adolescentes han declarado ser víctimas de violencia física ²⁴

Los países que más reportan casos son los que se encuentran en vía de desarrollo donde los sistemas de salud no cubren todas las necesidades presentes en la adolescencia y los índices de promoción y prevención, auto cuidado de los jóvenes están en déficit aunque se encuentra un gran índice de obesidad, depresión y accidentes de tránsito en países desarrollados.

1.3.2. EMBARAZO Y MATERNIDAD ADOLESCENTE

En todo el mundo, muchas mujeres de 15 a 19 años están actualmente embarazadas o ya han dado a luz. Esta situación ocurre especialmente en áreas rurales donde las niñas se casan jóvenes y se las presiona para que empiecen a tener hijos de inmediato. En Zimbabwe, Senegal y Colombia, más de una de cada cinco adolescentes de áreas rurales comenzaron a tener hijos.

Teniendo en cuenta que Cada año dan a luz aproximadamente 16 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años.²⁵

²³ SINTESIS INFORMATIVA, SECRETARIA DE SALUD DE YUKATAN [En línea]
<http://salud.yucatan.gob.mx/wp-content/uploads/2014/05/JUEVES-15-DE-MAYO-DEL-2014.pdf> [Citado el 28 de Octubre]

²⁴ RIESGO PARA LA SALUD DE LOS JOVENES [En línea]
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/> [Citado el 28 de Octubre]

Observamos que los países donde más son frecuente estos casos de adolescentes embarazadas son en lugares pobres o envía de desarrollo donde el principal factor es la falta de escolaridad.

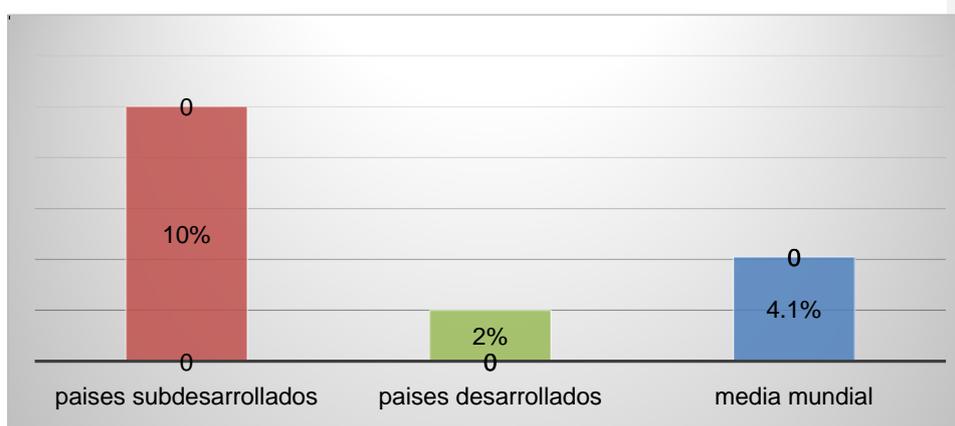
1.3.3. TASA DE FERTILIDAD ADOLESCENTE EN TODO EL MUNDO

La tasa de fertilidad adolescente mide la cantidad de nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad. Se está reduciendo en todo el mundo, la maternidad adolescente sigue siendo común en muchos países, particularmente en África y en varios países latino americanos.

La maternidad precoz genera consecuencias graves para la salud y el desarrollo de las adolescentes. El riesgo de discapacidad y muerte materna es mayor para las adolescentes que para las mujeres que tienen más de 20 años. Al mismo tiempo, la maternidad precoz generalmente limita las oportunidades de las niñas de acceder a educación y capacitación, y de desarrollar medios de subsistencia. La maternidad adolescente es más común en los países en vía desarrollo, donde casi el 10 por ciento de las niñas dan a luz todos los años, mientras que, en los países desarrollados, son menos del 2 por ciento las que lo hacen.

Esto genera una problemática mundial ya que los países que están envía de desarrollo no pueden garantizar un desarrollo adecuado de esos embarazos y después de un desarrollo adecuado que contribuya a un buen desarrollo familiar, económico, social y psicológico que si no es adecuado se seguirá repitiendo formando nuevos problemas como la delincuencia, pobreza, violencia lo que detiene el desarrollo del país

Grafica 1 comparación de la maternidad en los tipos de países



²⁵ RIESGO PARA LA SALUD DE LOS JOVENES [En línea]
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/> [Citado el 28 de Octubre]

Fuente: Elaborada para este trabajo

1.4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE COLOMBIA

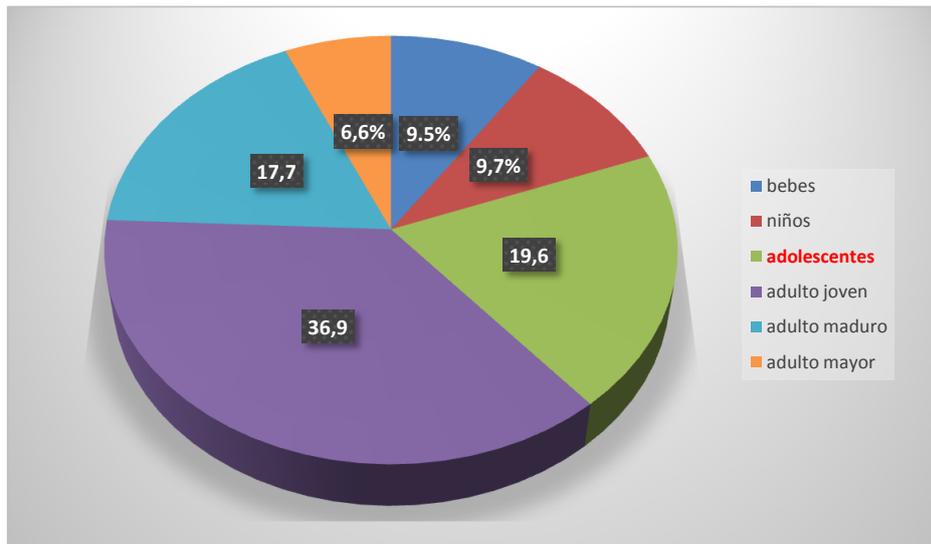
Latino América es la región donde más mueren adolescentes en el mundo, Colombia es el segundo país que muestra índices de muertes en adolescentes.

En Colombia, “el 19,6% de la población está constituida por adolescentes, grupo de edad que corresponde al segundo en magnitud después de los adultos jóvenes.”²⁶ La adolescencia conlleva grandes cambios desde el punto de vista biológico y profundas transformaciones psicológicas, los que con frecuencia tienen como consecuencia la vivencia de crisis, conflictos y contradicciones que afectan la salud de jóvenes y sus familias.

Esto se le suma a la situación social en nuestro país con difícil acceso a la educación, inicio temprano de la vida sexual, intensa migración urbana y falta de capacitación laboral, enfrenta este sector de la población a problemáticas como la delincuencia y violencia

1.4.1. POBLACION EN COLOMBIA

Grafica 2 distribución de la población en Colombia



Fuente: Creada para este trabajo

²⁶ SALUD DE LA ADOLESCENCIA EN COLOMBIA: BASES PARA UNA MEDICINA DE PREVENCIÓN. [en línea] <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Salud%20de%20la%20adolescencia..pdf> [Citado el 28 de Octubre de 2014]

DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES POR REGIONES			
REGIÓN	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Bogotá	16.7	18.6	17.6
Costa atlántica	20.2	21.4	20.8
Centro oriente	19.5	20.7	20.1
Eje cafetero	17.9	19.6	18.8
Orinoquia	21.4	21.6	21.5
amazonia	47.3	46.0	46.7

Fuente: Creada para este trabajo

Como muestra la grafica, la población adolescente es significativa siendo el segundo grupo poblacional con mayor cantidad de personas.

La Orinoquia cuenta con el segundo puesto en distribución adolescente, haciendo visible la importancia que tiene para la salud pública esta región, interviniendo con la promoción de la salud desde diferentes espacios en los cuales se puede intervenir para mitigar la morbimortalidad.

1.4.2. Morbimortalidad de los adolescentes en Colombia

Tabla 4 Morbimortalidad de los adolescentes en Colombia

Enfermedades o causas de muertes	Factores relaciones y lugar de incidencia	Cifras
Homicidio (violencia)	Se observa principalmente la incidencia en los lugares más golpeados por la delincuencia como los son Medellín, Cali, barranquilla y las poblaciones alguna vez atacadas o que tuvieron presencia de organizaciones al margen de la ley. Los factores que los provocan son por riñas, robos y ajustes de deudas	mortalidad por cada 100.000 habitantes 162 adolescentes mueren ²⁷
Accidentes de transito	Los casos presentes se describen principalmente en las ciudades capitales como Bogotá, Cali, Medellín, Manizales, etc. Ya que es donde se encuentra la mayor cantidad de	2.040 en muertes de transito ²⁸

²⁷SALUD DE LOS ADOLESCENTES [En línea]

http://www.bbc.co.uk/mundo/movil/noticias/2012/04/120424_adolescentes_salud_global_men.shtml

[Citado el 28 de Octubre]

²⁸ POLITICA PUBLICA INTERGENERACIONAL DE JUVENTUD DEL META [En línea]

<http://pasealdesarrollo.org/wp-content/uploads/2012/09/politica-juventud-meta.pdf> [Citado el 28 de Octubre]

	<p>automóviles y motos. Son causados por exceso de velocidad saltarse las normas de tránsito, ir en estado de embriaguez y piques ilegales</p>	
suicidio	<p>Es uno de los casos más preocupantes de nuestro país ya que reporta uno de los índices más altos de los últimos años. Principalmente por diferentes situaciones como la depresión problemas emocionales y psicológicos(rechazo de identificación sexual)</p>	62.394 en hechos de suicidios ²⁹
Sobre peso	<p>Este problema ha ido en crecimiento los últimos años en nuestro país ya que es un problema que viene con la globalización. Teniendo mayor frecuencia en las ciudades capitales ya que estos adolescentes no presentan hábitos alimenticios adecuados y no practican ninguna actividad física como un estilo de vida, en cambio en las zonas rurales el índice es mucho más bajo</p>	
ahogamiento	<p>Se presentan en las zonas rurales donde salen principalmente los casos presentes en nuestro país por la presencia de ríos y lagos en esta. Las ciudades también se presentan casos reportados por ahogamientos en piscinas</p>	
Enfermedad transmitida por vectores	<p>Se presenta mucho principalmente en las zonas rurales húmedas y en lugares donde no se cubren los servicios básicos como agua potable y alcantarillado lo cual ayuda a la</p>	

²⁹ POLITICA PUBLICA INTERGENERACIONAL DE JUVENTUD DEL META [En línea]
<http://pasealdesarrollo.org/wp-content/uploads/2012/09/politica-juventud-meta.pdf> [Citado el 28 de Octubre]

	proliferación de vectores. En lugares donde hay aguas acumuladas y que no son lavados constantemente	
--	---	--

1.4.3. FACTORES DE RIESGO PARA LOS ADOLESCENTES EN COLOMBIA

- Consumo de sustancias psicoactivas
- Consumo de alcohol
- Consumo de tabaco
- Falta de educación
- Absceso a un vehículo (moto o auto móvil)
- Salud mental
- Edad de inicio de trastornos de ansiedad
- Fobia social
- Trastornos de pánico
- Trastornos de oposición desafiante
- Salud sexual y reproductiva
- Adolescentes alguna vez en embarazo
- Menores 15 años activas sexualmente

1.4.4. ADOLESCENTES EN EMBARAZO

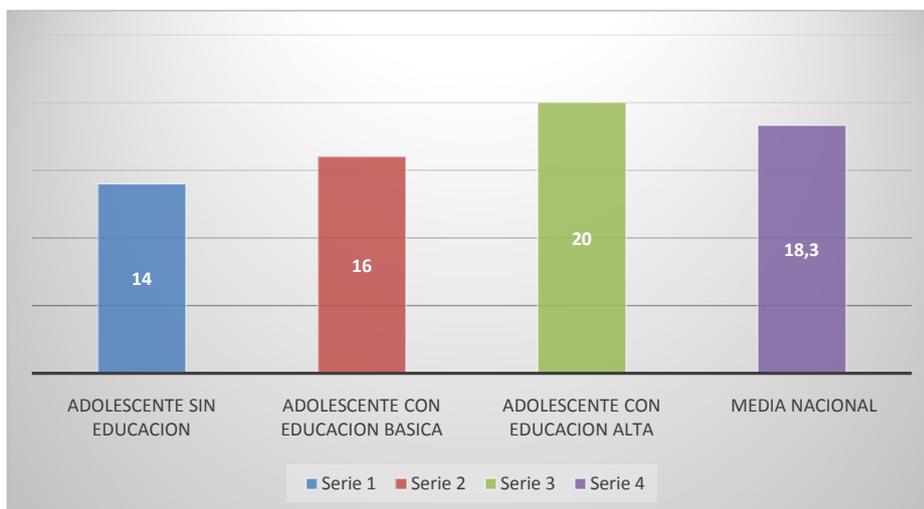
El inicio temprano de la actividad sexual, el difícil acceso a métodos de anticoncepción y la práctica del aborto como medida de control, han sido las principales circunstancias que incrementan el riesgo de embarazarse, lo mismo que la ausencia de programas de salud sexual y de la reproducción para jóvenes, creencias sobre una frecuencia de actividad sexual mayor de la real en este periodo, la validación social de uniones no formales y la presión de amigos y medios que aprueban la práctica sexual temprana.

De acuerdo con los resultados de la serie de Encuestas de Demografía y Salud en Colombia, la proporción de adolescentes madres o embarazadas se incrementó significativamente entre 1990 y 2012 al pasar de 12,8 % a 19,5 %, aunque en los últimos cinco años muestra una leve tendencia a la baja.

Se presenta principalmente en zonas rurales que urbanas y mayor entre las mujeres de menor nivel socioeconómico, aunque en los últimos años se ha observado que se ha vuelto más común ver adolescentes en estado de embarazo en niveles económicos más altos aunque sigue habiendo una gran diferencia de una a otra

“La edad promedio del inicio de la actividad sexual, en nuestro medio, es de 18,3 años. Sin embargo, 11% de las mujeres inician su primera relación antes de los 15 años y existen diferencias significativas de acuerdo con el nivel de educación: 16 años, en mujeres sin educación, y 20 años con educación”³⁰ ya que a tener mayor educación se conocen riesgos y se inician más tarde

Grafica 3 edad de inicio de relaciones sexuales



“Se estima que 21% de la población de 15 a 19 años es activa sexualmente, Pero lo preocupante es que el 63% no usa ningún método de anticoncepción.”³¹

“A pesar de que el conocimiento de la existencia de métodos anticonceptivos es universal en mujeres entre los 13 y los 19 años, sólo 81% ha usado un método alguna vez en su vida y 10% la usa en su primera relación sexual. Los métodos más utilizados por adolescentes son: La píldora, el condón, el coito interrumpido y el ritmo; pero, cerca de 41% de las practicantes del método del ritmo desconocen los días de riesgo y 42% de las mujeres que usan anticonceptivos los suspenden luego del primer año.”³²

³⁰ACTIVIDAD SEXUAL EN ADOLESCENCIA TEMPRANA: PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN UNA CIUDAD COLOMBIANA. [en línea]

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400006 [citado el 28 de Octubre de 2014]

³¹ACTIVIDAD SEXUAL EN ADOLESCENCIA TEMPRANA: PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN UNA CIUDAD COLOMBIANA. [en línea]

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400006 [citado el 28 de Octubre de 2014]

³²ACTIVIDAD SEXUAL EN ADOLESCENCIA TEMPRANA: PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN UNA CIUDAD COLOMBIANA. [en línea]

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400006 [citado el 28 de Octubre de 2014]

Esto conlleva a un desorden en el control de la sexualidad y de su protección.

Las consecuencias de una maternidad juvenil se observan en aspectos como el desarrollo educativo y personal, riesgos para la salud, riesgo de muerte y abandono de los hijos, así como la pérdida de población con potencial de instrucción y productividad para la sociedad.

El inicio temprano de la actividad sexual, el difícil acceso a métodos de anticoncepción y la práctica del aborto como medida de control, han sido las principales circunstancias que incrementan el riesgo de embarazarse, lo mismo que la ausencia de programas de salud sexual y de la reproducción para jóvenes, creencias sobre una frecuencia de actividad sexual mayor de la real en este periodo, la validación social de uniones no formales y la presión de amigos y medios que aprueban la práctica sexual temprana.

No hay que olvidar otros factores que contribuyen con la problemática, como familias de un solo padre, bajo nivel educativo y de ingresos, pobre supervisión de los padres y mensajes ambiguos de los adultos frente a la actividad sexual de los hijos, se han relacionado con una mayor frecuencia de embarazos

1.4.5. FACTORES DE RIESGO PARA ABORTAR

La pobreza, el bajo nivel educativo, la baja cobertura de servicios de salud, El aumento en el embarazo adolescente, un cambio importante en los patrones de unión libre o legal, ha llevado a un aumento en la exposición al riesgo de embarazo adolescente prematrimonial y ha generado un aumento en la proporción de madres solteras: “aumenta de 18 % en 1990 a 29 % en 2012.”³³

a pesar de este aumento, en 2012 la mayor parte de los embarazos tempranos (71 %) ocurre dentro de las uniones, siendo la prevalencia del embarazo adolescente de 78 % en las actualmente unidas y de 27 % en las no unidas pero sexualmente activas.

1.4.6. CONSUMO DE TABACO

Según la Encuesta nacional de consumo de sustancia psicoactivas 2013 los adolescentes de 12 a 17 años son el grupo poblacional con menor número de

³³ SERIE DE ESTUDIOS A PROFUNDIDAD ENDS 1990 – 2010 [En Línea]
https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBsQFiAA&url=http%3A%2F%2Fwww.codajic.org%2Fsites%2Fwww.codajic.org%2Ffiles%2FEstudio%2520a%2520profundidad%2520-%2520Embarazo%2520adolescente%2520-.pdf&ei=JLh7VPfTAoaUNrj3gMgK&usg=AFQjCNE2D2IwHC7KSznFOCUn_TMZMSpHiw&sig2=hobWTtef6AR-u8fQVTLueg [Citado el 28 de Octubre de 2014]

casos de “consumo de tabaco con 198.977, muy lejos de la población de 15 a 65 años 1.055.587”³⁴

Tabla 5 Número de casos de uso de tabaco, según grupos de edad

Grupos de edad	Prevalencia			Número de casos		
	Estimación	I de C		Estimación	I de C	
12-17	4.77	3.76	5.79	159.172	124.467	193.877
18-24	15.99	14.49	17.49	638.275	572.603	703.947
25-34	15.90	14.58	17.23	797.578	725.884	869.273
35-44	11.23	9.95	12.50	479.884	422.637	537.130
45-65	14.09	12.65	15.54	944.560	833.534	1.055.587
Total	12.95	12.30	13.60	3.019.469	2.853.870	3.185.068

Fuente: Estudio nacional se consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2013

1.4.7. EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO

El promedio de edad con el que inician el “consumo de tabaco en las mujeres es de 17 y en los hombres es de 16”³⁵ mostrando que la etapa de

adolescencia es en la cual los deciden los diferentes caminos, gustos y hábitos que tomarán.

Tabla 6 Edad de inicio de consumo de tabaco según sexo

Sexo	Promedio	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Hombres	16.26	16	14	18
Mujeres	17.74	17	15	20
Total	16.82	16	14	18

Fuente: Estudio nacional se consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2013

1.4.8. CONSUMO DE ALCOHOL

³⁴ Estudio nacional se consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2013. [En línea] https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf [Consultado el 28 de Octubre]

³⁵ Estudio nacional se consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2013. [En línea] https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf [Consultado el 28 de Octubre]

Aunque el “número de consumidores de los 12 a 17 años es 644.251”³⁶ significativamente inferior al número de casos en los diferentes grupos de edades, sigue siendo muy grande para una etapa en la que deberían estar bajo las órdenes de la casa, cumpliendo con sus deberes escolares.

Tabla 7Numero de casos de uso de alcohol, según grupos de edad

Grupos de edad	%	Intervalo de confianza		Número de consumidores	Intervalo de confianza (casos)	
12-17	19.32	17.49	21.14	644.251	576.479	712.022
18-24	49.25	47.01	51.49	1.965.912	1.817.208	2.114.615
25-34	45.40	43.58	47.21	2.276.562	2.148.003	2.405.121
35-44	37.55	34.88	40.22	1.605.152	1.444.177	1.766.128
45-65	27.57	25.95	29.20	1.847.782	1.700.124	1.995.440
Total	35.77	34.79	36.74	8.339.659	8.005.552	8.673.765

Fuente: Estudio nacional se consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2013

1.4.9. EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL

El promedio de edad con el que inician el “consumo de alcohol en las mujeres es de 18 y en los hombres es de 16”³⁷ ratificando una vez mas la importancia y delicadeza de esta etapa del ciclo vital individual.

Tabla 8 Edad de inicio del consumo de alcohol según sexo

Sexo	Promedio	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Hombres	16.17	16	14	18
Mujeres	18.47	18	15	20
Total	17.31	17	15	19

Fuente: Estudio nacional se consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2013

³⁶Estudio nacional se consumode Sustancias psicoactivas en Colombia 2013. [En línea] https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf [Consultado el 28 de Octubre]

³⁷Estudio nacional se consumode Sustancias psicoactivas en Colombia 2013. [En línea] https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf [Consultado el 28 de Octubre]

1.4.10. CONSUMO DE CUALQUIER SUSTANCIAS ILICITAS

El término “cualquier sustancia ilícita” se refiere al uso de una o más sustancias incluidas en la lista de sustancias ilícitas (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína, sustancias inhalables o dick).

Como se muestra en la tabla, “el mayor consumo de sustancias ilícitas en el último año se presenta en el grupo de 18 a 24 años, con una tasa del 8.7%, seguido por los adolescentes de 12 a 17 años con una tasa del 4.8% y las personas de 25 a 34 años, con una prevalencia del 4.3%.”³⁸

Tabla 9 Consumo de cualquier sustancia ilícita según grupos de edad

Grupos de edad	%	Intervalo de confianza		Número de consumidores	Intervalo de confianza (casos)	
12-17	4.78	3.82	5.74	159.526	126.766	192.285
18-24	8.70	7.51	9.90	347.394	295.539	399.248
25-34	4.31	3.55	5.07	216.268	177.115	255.421
35-44	1.54	1.11	1.97	65.809	47.456	84.163
45-65	0.75	0.51	0.98	49.994	34.195	65.793
Total	3.60	3.25	3.94	838.991	756.946	921.035

Fuente: Estudio nacional se consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2013

Se estiman las siguientes cifras globales de consumidores en cada grupo de edad: “159.526 adolescentes de 12 a 17 años, 347.394 jóvenes de 18 a 24 años y 216.268 en el grupo 25 a 34 años.”³⁹

1.4.11. INICIO DE CONSUMO DE CUALQUIER SUSTANCIA ILICITA

Es preciso señalar que a pesar de la gran diferencia detectada entre hombres y mujeres en cuanto a la magnitud del uso de sustancias ilícitas, no se observan diferencias en términos de la edad de inicio. En ambos grupos el promedio es de casi 18 años.

³⁸Estudio nacional se consumode Sustancias psicoactivas en Colombia 2013. [En línea] https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf [Consultado el 28 de Octubre]

³⁹Estudio nacional se consumode Sustancias psicoactivas en Colombia 2013. [En línea] https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf [Consultado el 28 de Octubre]

Tabla 10 Edad de inicio de consumo de cualquier sustancia ilícita según sexo

Sexo	Promedio	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Hombres	17.74	17	15	20
Mujeres	17.76	17	15	20
Total	17.74	17	15	20

Fuente: Estudio nacional se consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2013

1.4.12. CONSUMO DE MARIHUANA

Tabla 11 Consumo de marihuana según grupos de edad

Grupos de edad	%	Intervalo de confianza		Número de consumidores	Intervalo de confianza (casos)	
12-17	4.35	3.43	5.27	145.009	113.700	176.318
18-24	8.21	7.03	9.38	327.616	276.776	378.457
25-34	3.79	3.10	4.49	190.252	154.318	226.186
35-44	1.39	0.98	1.81	59.620	41.637	77.602
45-65	0.60	0.39	0.81	40.294	26.097	54.492
Total	3.27	2.94	3.60	762.791	684.185	841.397

Fuente: Estudio nacional se consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2013

Entre los grupos de edad, el mayor consumo de marihuana se observa en los “jóvenes de 18 a 24 años, con un 8.2% de prevalencia, seguido por los grupos de adolescentes (4.3%) y jóvenes de 25 a 34 años (3.8%). Aproximadamente el 62% de los consumidores de marihuana son personas que tienen entre 12 a 24 años y casi el 87% de los consumidores tienen menos de 34 años.”⁴⁰

⁴⁰Estudio nacional se consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2013. [En línea] https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf [Consultado el 28 de Octubre]

1.4.13. EDAD DE INICIO DEL CONSUMO DE MARIHUANA

Tabla 12 Edad de inicio del consumo de marihuana según sexo

Sexo	Promedio	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Hombres	17.59	17	15	19
Mujeres	17.67	17	15	19
Total	17.61	17	15	19

Fuente: Estudio nacional se consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2013

En tabla se puede observar que ambos sexos tienen un promedio de edad de inicio de consumo de 17 años.

1.4.14. CONSUMO DE COCAINA

Tabla 13 Consumo reciente de cocaína según grupos de edad

Grupos de edad	%	Intervalo de confianza		Número de consumidores	Intervalo de confianza (casos)	
12-17	0.33	0.12	0.54	11.015	4.020	18.009
18-24	1.96	1.32	2.60	78.205	52.469	103.941
25-34	1.10	0.70	1.50	55.173	35.116	75.229
35-44	0.30	0.14	0.45	12.675	6.197	19.154
45-65	0.08	0.02	0.14	5.507	1.371	9.644
Total	0.70	0.55	0.84	162.575	128.483	196.667

Fuente: Estudio nacional se consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2013

La tasa más alta de consumo de cocaína es entre “los jóvenes de 18 a 24 años, con 1.96%, estimando unos 78 mil jóvenes en este consumo. El segundo grupo con mayor consumo, del 1.1%, son los jóvenes de 25 a 34 años, unos 55 mil. Y la etapa de adolescentes entre 12 y 17 años se encuentra en el tercer puesto el 0.33% con 11.015 casos.”⁴¹

⁴¹Estudio nacional se consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2013. [En línea] https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf [Consultado el 28 de Octubre]

1.4.15. EDAD INICIO DEL CONSUMO DE COCAINA

La edad de inicio del consumo de cocaína tiene un promedio de 19.62 años y los indicadores muestran que el inicio no hay diferencias sustanciales entre varones y mujeres.

Tabla 14 Edad de inicio de consumo de cocaína según sexo

Tabla 73. Edad de inicio de consumo de cocaína según sexo.

Sexo	Promedio	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Hombres	19.62	18	16	22
Mujeres	19.85	19	16	23
Total	19.66	18	16	22

Fuente: Estudio nacional se consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2013

1.4.16. CONSUMO DE BASUCO

Tabla 15 Consumo reciente de basuco según grupos de edad

Grupos de edad	%	Intervalo de confianza		Número de consumidores
12-17	0.17	0.04	0.31	5.828
18-24	0.36	0.08	0.63	14.245
25-34	0.15	0.06	0.23	7.382
35-44	0.15	0.04	0.27	6.527
45-65	0.24	0.10	0.37	15.774
Total	0.21	0.14	0.28	49.756

Fuente: Estudio nacional se consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2013

Como se puede observar la tasa de consumo por grupos de edad indican “un mayor consumo entre los jóvenes de 18 a 24 años, pero en un contexto de bajas prevalencias en general y sin significación estadística. Los adultos de 45 a 65 años se ubican en segundo lugar según la prevalencia y representan unas 15 mil personas.”⁴²

⁴²Estudio nacional se consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2013. [En línea] https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf [Consultado el 28 de Octubre]

1.4.17. EDAD INICIO DEL CONSUMO DE BASUCO

Tabla 16 Edad de inicio de consumo de basuco según sexo

Sexo	Promedio	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Hombres	19.05	18	15	21
Mujeres	18.26	17	15	19
Total	18.95	18	15	21

Fuente: Estudio nacional se consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2013

La edad promedio en la que se inicia el consumo de basuco es bastante seguida en ambos sexos, con 19.05 los hombres y 18.26 las mujeres.

1.4.18. CONSUMO DE EXTASIS

Tabla 17 Consumo de éxtasis según grupos de edad

Grupos de edad	%	Intervalo de confianza		Número de consumidores
12-17	0.11	0.00	0.23	3.789
18-24	0.70	0.20	1.21	28.104
25-34	0.25	0.03	0.46	12.297
35-44	0.00	0.00	0.01	99
45-65	0.00	--	--	0
Total	0.19	0.09	0.29	44.289

Fuente: Estudio nacional se consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2013

Los adolescentes entre 12 y 17 años sigue quedando en tercer puesto con 3.789 después de 25 a 34 años con 12.297 y de 18 a 24 años con 28.104. Pero en general tiene índices poco significativos.

1.4.19. EDAD INICIO DEL CONSUMO DE COCAINA

Tabla 18 Edad de inicio del consumo de éxtasis según sexo

Sexo	Promedio	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Hombres	18.64	18	16	20
Mujeres	18.18	18	16	20
Total	18.54	18	16	20

Fuente: Estudio nacional se consumo de Sustancias psicoactivas en Colombia 2013

La edad promedio con la tanto hombres como mujeres iniciaron el consumo de esta sustancia es de casi 19 años.

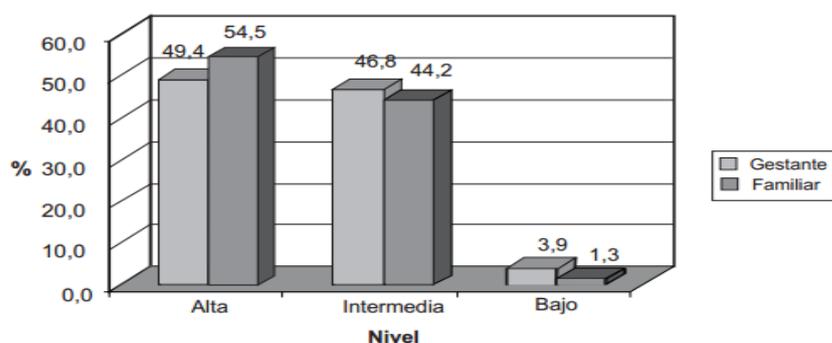
1.4.20. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

CICLO VITAL FAMILIAR

La adolescencia de los hijos: “La etapa de la adolescencia marca el inicio de la separación de los hijos de la familia nuclear, y el período de individualización-independiente”⁴³ ¿cómo enfrentan los padres éste período particular de un miembro de la familia? ¿qué dificultades se encuentran en la relación entre padres e hijos? Son las preguntas que más se realizan los padres

1.4.21. FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS CON ADOLESCENTES GESTANTES

Grafica 4 Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes



Fuente: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxix1_8.pdf

Se observa que las familias están en un nivel alto de afectividad, le dan más valor a la familia, ya que hay más dependencia a la familia.

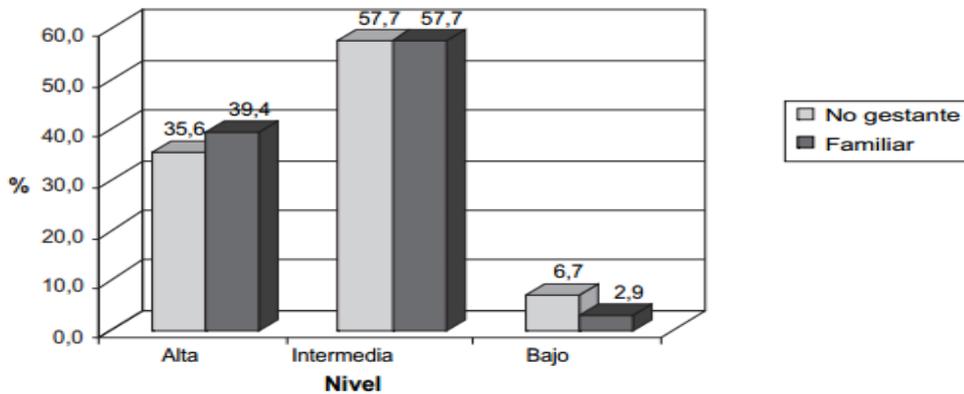
Hay percepción de apoyo y afecto sobre todo por el futuro del bebe. Se produce un proceso de negociación y aceptación en el cual los miembros de la familia tratan de cuidar al hijo y ala adolescente y ella es comprometida a estudiar y ayudar a la familia se resigna a su cambio de vida y al cambio de reglas a través de un proceso se identifica un apoyo familiar qu podemos ver en la grafica

⁴³CICLO VITAL FAMILIAR [En línea]

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/condori_i_l/cap2.htm [consultado el 10 de Noviembre de 2014]

1.4.22. FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS CON ADOLESCENTES NO GESTANTES

Grafica 5 Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes no gestantes

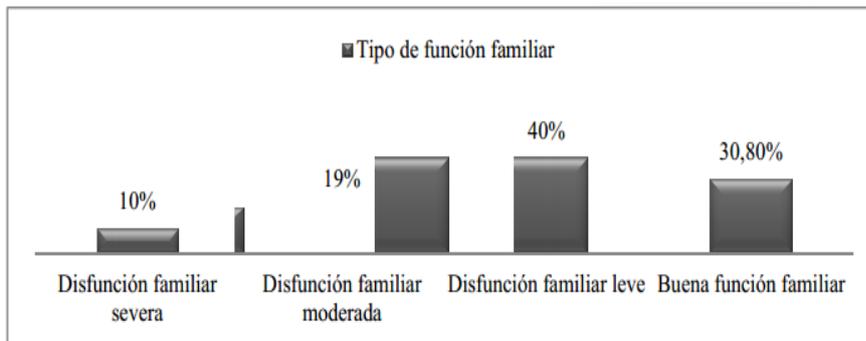


Fuente: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxix1_8.pdf

Se observó que las familias que tienen hijos adolescentes y no hay embarazos su percepción de afecto esta indecisa ya que refieren estar en un punto medio sin saber si es mucha o poco pero se observa mayor inclinación por la afectividad alta aunque el porcentaje intermedio se ve sujeto a muchos factores que podrían cambiar su estado

1.4.23. TIPO DE FUNCIÓN FAMILIAR

Grafica 6 Tipo de función familiar



Fuente: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxix1_8.pdf

Frente a la función familiar los resultados obtenidos a través de la aplicación del APGAR se logró identificar que el 30.8% de las familias tanto de hombres como mujeres presentan una buena función familiar y el 69.2% presenta algún tipo de disfuncionalidad. La disfunción leve representa la condición más

frecuente en esta población (39.7%), la disfunción moderada (19.2%) y la disfunción severa (10.3%).

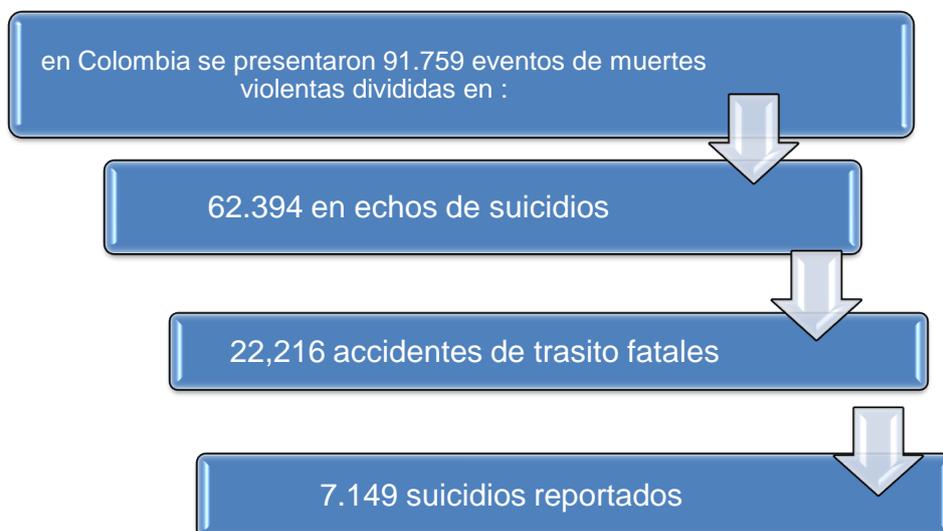
1.5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA META

La situación y vulneración de los derechos humanos en el territorio, ha estado relacionada con violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso y explotación sexual, terrorismo, minas antipersona, conflicto armado, narcotráfico, desplazamiento forzado, delincuencia común, exclusión y pobreza. Desde hace varias décadas esta problemática social se ha agudizado, siendo la población adolescente la más expuesta.

1.5.1. TASA DE MORTALIDAD

La tasa total de mortalidad juvenil en el Meta, en adolescentes y jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y 24 años de edad, según las proyecciones DANE 2005-2010, se ha registrado en 224 por cien mil habitantes. La muerte violenta configura la causa de muerte más común entre hombres y mujeres de 12 a 20 años.

Los principales eventos de muerte violenta reportados por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, están asociados a homicidios, muerte por accidente de tránsito y suicidios; Y, en menor escala, ahogamientos y otros accidentes. Durante el periodo 2006-20012.





En términos generales, “de cada 100 decesos en adolescentes registrados en el departamento del Meta, la mitad (51,9%) se producen por causas externas, donde tienen efecto las enfermedades transmisibles y eventos violentos. El suicidio de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades de 12 a 20 años fue del 32,4% en el total de muertes por suicidio registrada en el departamento del Meta, al 2008 El 24,7% correspondió a víctimas fatales de accidentes de tránsito.”⁴⁴

En el caso de las muertes por homicidio, según los datos de la política publicaintergeracional de juventud del Meta, se ha registrado una proporción que ha pasado del 1,3% en el 2006 al 30.6% en el 2008. Esta mortalidad juvenil es también diferencial entre hombres y mujeres. Es evidente que por cada mujer, mueren 5 hombres.

Las diferencias también son significativas en las causas de muerte. Mientras la mortalidad femenina está asociada a enfermedades infectocontagiosas y del sistema circulatorio (40,4%), los hombres mueren por causas violentas, especialmente asociadas a accidentes de tránsito y homicidios (82%).

Una enfermedad que tomo fuerza en los últimos años fue el VIH / SIDA en adolescentes “El total de contagios entre el año 2006 y 2010 reportados por la Secretaría Seccional de Salud del departamento, ascendió a 209 casos con eventos de muerte en el año 2008. De éstos, 91 casos se presentaron en jóvenes de 14 a 26 años (45 en hombres y 46 en mujeres).”⁴⁵

⁴⁴ POLITICA PUBLICA DE INTERGENERACIONAL DE JUVENTUD DEL META 2010-2019 [En línea] <http://pasealdesarrollo.org/wp-content/uploads/2012/09/politica-juventud-meta.pdf> [citado el 28 de Octubre]

⁴⁵ POLITICA PUBLICA DE INTERGENERACIONAL DE JUVENTUD DEL META 2010-2019 [En línea] <http://pasealdesarrollo.org/wp-content/uploads/2012/09/politica-juventud-meta.pdf> [citado el 28 de Octubre]

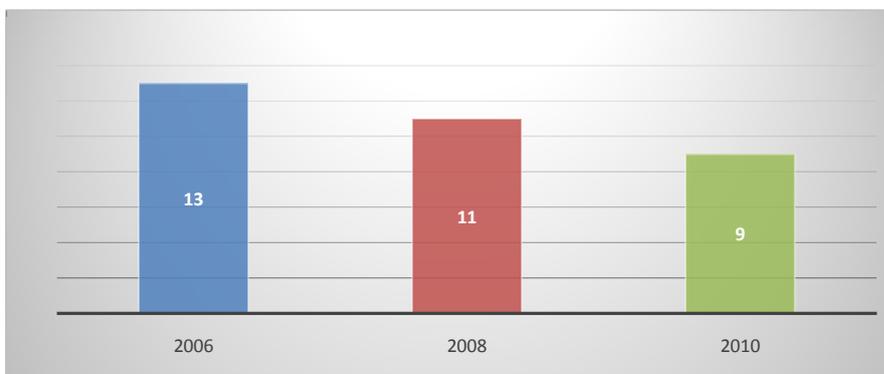
1.5.2. LA MAYOR INCIDENCIA DE VIH/SIDA SE PRESENTA EN:

“Villavicencio (144 casos), en los municipios de Acacias, Cumaral, Fuente de Oro, Granada, Mesetas, Puerto Concordia, Puerto Gaitán, Puerto Rico, San Martín, Puerto López, San Juan de Arama, Lejanías y Vistahermosa también se reportaron casos.”⁴⁶

También se presentan otras enfermedades de transmisión sexual como sífilis congénita y sífilis gestacional. El total de eventos registrados durante el periodo 2006-2010, fue de 469 casos.

1.5.3. MORBIMORTALIDAD MATERNA

Grafica 7 muertes maternas



Fuente: <http://pasealdesarrollo.org/wp-content/uploads/2012/09/politica-juventud-meta.pdf>

Embarazo adolescente y muerte materna El embarazo precoz es otra de las tensiones presentes en la realidad juvenil en el departamento del Meta.

Una niña que se embaraza a muy temprana edad, además de poner en riesgo su vida y la del feto, detiene su proceso de formación y cualificación para la vida, termina asumiendo responsabilidades para las cuales no está preparada y disminuye las probabilidades de lograr una mejor inclusión en el mercado laboral y de mejorar su calidad de vida.

La información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) en el departamento del Meta, reporta que en el periodo 2006-2010 se presentaron un total de 6.259 embarazos en adolescentes, estableciéndose para el año 2008, una tasa del 26% en partos adolescentes para el departamento del Meta. De

⁴⁶ POLITICA PUBLICA DE INTERGENERACIONAL DE JUVENTUD DEL META 2010-2019 [En línea] <http://pasealdesarrollo.org/wp-content/uploads/2012/09/politica-juventud-meta.pdf> [citado el 28 de Octubre]

los partos atendidos en adolescentes, durante el periodo 2006-2010, se produjeron un total de 33 muertes.

Aunque los eventos de muerte materna en adolescentes muestran un descenso importante en los tres últimos años, la ocurrencia de estos hechos es especialmente significativa para efectos de las políticas públicas departamentales en materia de promoción de la salud sexual y reproductiva.

1.5.4. FACTORES DE RIESGO

- Falta de educación sexual y reproductiva
- Malas relaciones familiares
- Presión de amigos para iniciar su vida sexual
- Poco acompañamiento del núcleo familiar
- Creencias en mitos sobre la sexualidad

ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA SALUD

NECESIDADES IDENTIFICADAS

- Hay una alta tasa de Morbimortalidad Materna en Adolescentes
- El 40% de la población con VIH/SIDA es adolescente (2.1 millones)
- Al año 16 millones de mujeres adolescentes entre los 15 y 19 años dan a luz
- A nivel mundial los accidentes de tránsito generan 700 muertes diarias de adolescentes
- Inicio de la actividad sexual a temprana edad
- El 63% de la población adolescente en Colombia no usa MAC
- La edad promedio con la que inician el consumo de tabaco es de M:17 y H:16
- La edad promedio con la que inician el consumo de alcohol es de M:18 y H:16
- El consumo cualquier sustancia ilícita en adolescentes entre los 12 y 17 años es de 159.526
- La edad promedio con la que inician el consumo de marihuana es de 17 en ambos sexos
- El 11% de las mujeres inician su primera relación antes de los 15 años

NECESIDAD A INTERVENIR

La necesidad primordial que entraremos a intervenir será la **dinámica familiar** viendo esta como la razón generadora de la problemática que viven los adolescentes de hoy en día incluyendo el embarazo a temprana edad, problemas legales, entre otros, generando capacidades en cada uno de los miembros de la familia para servir de apoyo y guía para los actuales y futuros adolescentes dándole al país adultos de bien.

DENOMINACION DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA SALUD:

¡¡UNA FAMILIA UNIDA MOTIVA TU VIDA!!

OBJETIVOS

General:

Promover en las familias de los adolescentes de la institución San Francisco de Asís la dinámica familiar, mediante la estrategia una familia unida motiva tu vida con el propósito de disminuir factores de riesgo de este grupo poblacional.

Específicos:

- Gestionar ante las instituciones respectivas el aporte de las zonas pertinentes y de recursos para el desarrollo de la estrategia.
- Realizar la valoración familiar mediante los diferentes instrumentos como el Familograma, apgar y el Ecomapa
- Identificar los factores de riesgo y protectores de la población a intervenir
- Diseñar actividades encaminadas a fortalecer la dinámica familiar (afecto, comunicación, roles)
- Diseñar actividades que fortalezcan las aptitudes de los adolescentes y sus familias para favorecer la toma de decisiones adecuadas.

DESCRIPCION DE LA ESTRATEGIA

Se implementara una estrategia de promoción de la salud enfocada a mejorar el estado actual de la dinámica familiar de los adolescentes del Colegio San Francisco de Asis, entendiendo esta como la falta comunicación, la falta de integración, expresión de afecto y la pérdida de roles de cada uno de los miembros que incita a los/as adolescentes a asumir solos y solas los problemas, tomando decisiones a la ligera que repercuten negativamente el futuro de este grupo poblacional.

La estrategia se desarrollara en doce sesiones, en dos encuentros cada mes; en la primera sección se realizara la "ACTIVIDAD EVALUATIVA INICIAL" que se desarrollara el primer sábado del mes, en la segunda sección se realizara la actividad "LA SOCIENDAD QUE ME RODEA", en el siguiente mes el tercer encuentro será una "RETROALIMENTACION" que será por grupo familiar a diferente hora, el segundo encuentro del mes será una gran actividad denominada "JUEGO DE ROLES", para continuar en el tercer mes con un Taller "APRENDIENDO A EXCUCHAR A MI FAMILIA" y terminando el mes con otro denominado con "FORTALECIENDO LAZOS FAMILIARES", para el primer encuentro del cuarto mes se citara en las horas de la mañana EXCLUSIVAMENTE a los adolescentes para el taller denominado "CARACTERIZACION DEL ADOLESCENTES", finalizando con una gran "CONFERENCIA DE RESPONSABILIDAD SEXUAL", para finalizar en el último mes contaremos con una actividad "CONOCIENDO LOS SENTIMIENTOS DE MI FAMILIA" y por último se realizara en donde se tratara la una "CONVIVENCIA" y la evaluación final del taller.

Comentario [DLMT1]: Criterios de inclusión

POBLACIÓN OBJETO:

Para la elección de los participantes se hizo una reunión de padres de familia de los estudiantes de 9 grado de la jornada mañana del Colegio San Francisco de Asis citada por la propia institución en la que se explico la actividad a realizar y se pidió la colaboración de 20 adolescentes (10 hombres y 10 mujeres) que se encuentren entre los 14 y 16 años, que haga parte de una familia nuclear con más de un hijo y que deseen colaborar.

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

1. DESCRIBIENDO A MI FAMILIA

Saludo y presentación del taller, los ponentes y respectivo equipo de trabajo.

Tiempo: 20 minutos.

Saludo cordial, amable y Agradecimiento por la asistencia.

Explicación del taller: este taller se plantea como una estrategia para intervenir en los adolescentes y sus familias, desarrollando y aumentando la confianza entre estos, para poder tratar temas tales como el fortalecimiento de los lazos familiares y el desarrollo de la sexualidad y responsabilidad del adolescente.

ACTIVIDAD:

Se realizara por medio de una actividad lúdica donde se integraran las familia, además se realizara una encuesta, a cada miembro mediante el cual se pondrá a prueba la convivencia familiar.

Duración: 1:40 horas (100 MIN)

Lugar: aula múltiple en el colegio san francisco de asís.

Objetivo: Identificar la estructura y la funcionabilidad familiar

Metodología: Al iniciar la actividad se les pedirá a los asistentes que se sienten con su respectivo núcleo familiar, el equipo de trabajo distribuirá el test a cada familia, más un pliego de papel boom, donde se realizara la caricatura familiar, se contara con media hora para realizar el test, luego se le dará al grupo familiar 20 minutos, para socializar el resultado del test y luego se procederá a recoger los resultados.

Materiales: 72 encuestas, 72 Lapiceros, 22 pliegos de papel boom, 72 marcadores, 22 mesas, 72 sillas, 3 micrófonos.

Personal Encargado: Psicóloga del Col. Dptal San Francisco de Asís, 3 monitores y recreacionista.

Test de preguntas:

- ✓ Realice una caricatura de su familia.
- ✓ Haga una lista de las cualidades de los integrantes de su núcleo familiar.
- ✓ Escriba las fechas de cumpleaños de sus familiares.
- ✓ Escriba el suceso más importante para usted y mencione si su familia estuvo presente.
- ✓ Mencione cinco actividades que realicen unidos en familia.
- ✓ Mencione los espacios en los que usted comparte con su familia.
- ✓ Que valores dirigen la vida de su familia, mencione alguno de ellos.
- ✓ ¿Cuáles son sus responsabilidades en su hogar?
- ✓ ¿El dialogo hace parte de la dinámica familiar?
- ✓ Cuando hay dificultades en la familia como los resuelven.
- ✓ ¿Cuenta con el apoyo familiar suficiente? ¿en qué forma lo apoyan?
- ✓ ¿su familia es importante para usted escriba porque?

2. LA SOCIEDAD QUE ME RODEA

Esta actividad valorara la familia por medio del ecomapa con ayuda de una fábula en la que se evaluara el apoyo que posee la familia nuclear sus recursos es decir: familia extensa, los amigos, el trabajo, la iglesia, el transporte. Con el fin de que en una sola mirada se pueda obtener la información deseada.

Duración: 4 horas

Objetivo: Identificar y detectar de manera rápida y sencilla los recursos extra familiares que pueden ser de utilidad en casos de crisis con el fin de identificar sus debilidades y fortalezas.

Metodología: Se citara a la familia a las 2:00pm se dará la bienvenida y una breve explicación de lo que es una red de apoyo y como interactuar en la vida familiar. Se le pedirá a cada familia que se caractericen todos en una fábula en la que se narre la rutina propia del día “miércoles” y se resuelva un problema el cual debe ser planteado por ellos mismos. Donde utilicen la ayuda de familiares amigos y vecinos y recursos que posea la familia. También debe tener una moraleja en la que se exprese la ayuda en equipo y un dibujo que respalde la fábula. La actividad culminara aproximadamente alas 6pm con una pequeña socialización de cómo se sintieron redactando la fábula en familia y un refrigerio.

Materiales: 45 hojas resma, 40 Lapiceros, 22 cajas de colores, 72 refrigerios.

Personal Encargado: Psicóloga del Col. Dptal San Francisco de Asis, 3 monitores y recreacionista.

3. QUE MEJOR QUE CONOCER A TU FAMILIA

La actividad de retroalimentación tiene como función dar a conocer por medio de los datos adquiridos con los instrumentos de valoración: "apgar" "famiograma" "ecompa", como la familia se relaciona con el entorno y como se encuentran las relaciones entre el grupo familiar.

Duración: 4 horas

Lugar: aula múltiple del colegio san francisco de asís

Objetivo: Dar a conocer la situación en la que se encuentra cada núcleo familiar, exponiendo sus interacciones comportamientos y expresiones.

Metodología: se citaran familia por familia en determinado tiempo, inicio: 08:00 AM. Donde la intervención contara con dos grupos que tendrán su respectivo trabajador social y psicólogo, trabajando al mismo tiempo, se contara con aproximadamente 20 minutos de atención por cada núcleo familiar para expresarles las deficiencias y fortalezas que se encontraron en la valoración de los instrumentos previamente evaluados, con el fin de comprender las deficiencias más incidentes, para así poder plantear actividades que fortalezcan los lazos familiares. Se contara con un lapso de tiempo el cual va de 12 PM a 1 PM como receso de las intervenciones. Se iniciara primero con las familias de dos integrantes seguidas por las de tres y así consecutivamente.

Materiales: 2 mesas, 14 sillas, 4 almuerzos.

Personal encargado: Psicólogas, trabajadoras sociales, monitores y recreacionista.

4. UN ROL NUEVO EN MI VIDA

Juego didáctico de roles.

La técnica juego de roles, es una activa que genera aprendizaje en los estudiantes, logrando involucrar, comprometer y reflexionar sobre los roles que adoptan sus familiares. De esta forma se desarrollara el trabajo en equipo, la toma de decisiones, la innovación y la creatividad en cada adolescente.

Duración: 4 horas

Lugar: aula múltiple del colegio san Francisco de asís.

Objetivo: reflejar la importancia del rol que representa cada individuo en su entorno familiar.

Metodología: al iniciar la actividad se organizaran a los asistentes por grupo familiar, luego se pasara a explicar la temática de la actividad donde se les pedirá a los integrantes del grupo que asuman el rol del familiar que les corresponda durante 10 minutos para lograr expresar como perciben la actitud de la persona a la que asumen en cuanto a sus comportamientos, sentimientos y responsabilidades en su ambiente familiar, se realizara una rifa donde se sorteen los roles del familiar al que se va a asumir, se tendrá en cuenta la cantidad de integrante que conforman la familia, donde sí se conforma por dos persona se revertirán los papeles, tres personas o más seguirán la regla del sorteo. Al finalizar la representación de cada rol se les pedirá a los participantes que expresen lo que sintieron al a asumir el rol de su respectivo familiar y expresar los cambios que debería tener en cuenta para mejorar la didáctica familiar.

Se les dará 10 minutos para que preparen su dramatización. Iniciara la familia que desee hacerlo.

Situaciones

- **1 Situación:** Es un Miércoles, 1 pm, el almuerzo aun no está listo, los hijos llegan del colegio con hambre y muchas tareas, mama, papa e hijos tuvieron un mal día.
- **2 Situación:** Madre se encuentra realizando el oficio general de casa mientras intenta hacer el almuerzo para terminar las dos actividades a las 1 PM antes de que llegue su marido a almorzar por que se tiene que volver a ir a trabajar, su hijo/a se encuentra viendo su programa favorito de tv.
- **3 Situación:** El joven está finalizando su periodo académico y tiene entrega de trabajos finales, exposiciones pendiente y exámenes finales, su padre le pide que le ayude a pintar la casa mientras que su madre lo acusa de no ayudarle con las labores domésticas familiares.

Materiales: Mesas: 20, Sillas: 70, Parlantes: 3, micrófono: 3.

Personal encargado: Psicóloga, monitores y re creacionista.

5. APRENDIENDO A ESCUCHAR A MI FAMILIA

Objetivo: Fortalecer todo lazo de relación dentro del núcleo familiar, y de esta manera promover el dialogo; de tal manera que se genere la confianza que prevengan las falencias sexuales reproductivas (Embarazo a temprana edad, entre otras).

Duración: 3 horas (180 minutos)

Materiales: se necesitará cordeles, varillas de 16 cm para crear una pista de obstáculos, música de fondo (de reflexión), 20 marcadores, 20 pliegos de papel bond.

Metodología:

Se dará brevemente una introducción informativa acerca de lo importante que es el dialogo en la familia, las maneras de fortalecer la confianza y se tomará como base fundamental el valor de la tolerancia.

Luego se realizaran una clase de actividades lúdicas que permitirán trabajar el valor principal (Tolerancia), de tal manera que permita de forma activa y práctica el funcionamiento de dicho objetivo.

Como primera actividad se hará un círculo entre los integrantes de la familia y de manera simultánea se dará paso para que hablen de sus gustos, preferencias, disgustos entre otras cosas que los caracterizan como persona.

Luego daremos paso a una actividad física previamente preparada, en donde todos los participantes deberán estar atados entre si de miembros inferiores (pies), y superiores (manos) y trabajando en equipo deberá culminar el circuito. Esto nos permitirá ver los lazos de comunicación que tienen los familiares.

Como reflexión y para evaluar si se entendió el sentido de la actividad se dará pie a la dinámica llamada el lazarillo que consiste en que uno se venda los ojos a modo de ciego y el resto de integrantes familiares hacen de lazarillo.

La actividad se realizara en el Aula múltiple, de la siguiente manera:

- ❖ Manteniendo el contacto con el ciego: el lazarillo(los familiares) lo sujetan con una mano por un brazo y así lo guía, dirigen su movimiento. Sin hablar, sólo pronunciando STOP si requiere que el ciego se pare de golpe.
- ❖ Sin contacto con el ciego: el lazarillo (los familiares) lo guían indicándole si tiene que girar, seguir recto, parar, ir hacia atrás: recto / derecha + recto / izquierda + recto / hacia atrás / stop / cualquier combinación necesaria para guiar los pasos del ciego.
- ❖ Pronunciando el nombre del ciego: aconsejable en sala o espacio sin obstáculos, el lazarillo guía al ciego llamándole por su nombre. Primero puede llamarle desde muy cerca para luego alejarse un poco, tomar más distancia, llamarle más flojo, más fuerte.
- ❖ Haciendo un sonido que previamente el lazarillo(los familiares) le harán escuchar al ciego: de la misma manera que la variante de pronunciar el nombre pero en este caso con un sonido. El facilitador puede indicar los sonidos a cada integrante, pueden ser sonidos de animales u otras cosas, o dejar que cada lazarillo escoja el sonido que quiera.
- ❖ Por último se hará un gran círculo en donde se pondrá hablar a 6 personas voluntarios que den su reflexión acerca del tema trabajado y las dinámicas realizadas.

❖ El cierre de la actividad será en el mismo círculo se pondrá a sonar la canción "la familia" y todos abrazados la cantarán y a medida que suena la canción se le da un fraternal abrazo a todos los integrantes de cada familia.

Personal encargado: Psicóloga, monitores y recreacionista.

6. FORTALECIENDO LAZOS FAMILIARES

Objetivo: Favorece el encuentro, la unión familiar, la comunicación, la confianza y el afecto entre los miembros de la familia, Ayudando a construir una relación familiar sólida y duradera.

Fortaleciendo el autoestima de los adolescentes ya que sentirán que sus padres dedican tiempo para divertirse juntos.

Duración: 4 horas

Metodología: se realizara por medios de juegos y actividades de integración

Hora: Se desarrollara el día sábado en las horas de la mañana empezando a los 8 am

Lugar: se realizara en el polideportivo y el patio del colegio

Para esta actividad con anterioridad se le ha pedido a las familias que traigan ropa deportiva, también se les ha dicho que hayan traído algún alimento o comida que quieran compartir con el grupo

Se llagara y se hará el saludo donde explicaremos que en el taller de hoy será de actividad de unión familiar en lo cual nos desplazaremos al polideportivo donde a las familias se les dará un distintivo que serán unas cintas de colores que irán puestas en los brazos de cada integrante

Personal encargado: Psicóloga, monitores y recreacionista.

6.1. Dinámicas de contacto emocional

Los guías y ciegos

- La mitad del grupo son ciegos y las otras guías. Los ciegos deben dejarse llevar por sus compañeros guías, recorriendo el polideportivo en busca de objetos que están distribuidos por el espacio. Luego de diez minutos se cambian de rol.

- Al final del ejercicio guía y ciego se sientan a conversar sobre la experiencia de confiar en el otro: es fácil o difícil, cómo se sintieron más cómodos si como guía o como ciego.

6.1. Reconociendo las manos

- Todos ciegos, caminan reconociendo el espacio, ubicándose. En lo posible, evitan toparse con los compañeros. A una señal, se encuentran con otras personas y se tocan las manos, palpándolas, sintiendo su textura, calor, estado de ánimo, todo lo que puedan descifrar del otro a través de sus manos. No es necesario intentar reconocer a quién pertenecen las manos que toquen. Luego, busquen otras manos e intenten tocarlas todas.

6.2. Ronda de confianza (actividad colectiva)

Formen grupos de siete personas (siete es ideal, ocho o nueve está bien) y equiparen, en tanto sea posible, la cantidad de hombres y mujeres. Formen un círculo y distribuyan uniformemente a los más pequeños físicamente alrededor del círculo.

- Una persona avance hacia el centro del círculo y cruce los brazos sobre el pecho. Los otros miembros del círculo se acercan a esta persona y la sostienen con las manos durante un rato.

- La persona del medio debe cerrar los ojos y mientras mantienen su cuerpo rígido, relaje sus tobillos. Así comenzará a balancearse hacia un lado y la persona ubicada en ese lado la sostendrá. Luego pasen suavemente a la persona ubicada en el medio alrededor del círculo o a través del mismo... y muy gradualmente aumenten el tamaño del círculo. Terminen sosteniendo a la persona durante un rato.

- La idea es proporcionarle a la persona ubicada en el centro del círculo una experiencia de confianza: debe confiar en que no lo tirarán y todos deben brindarle una situación cómoda y segura.

- Todos los integrantes del grupo deben ubicar un pie adelante y el otro bien detrás del primero. De esta manera podrán sostener un buen peso, aún sin ser muy fuertes. Si están cerca de la persona ubicada en el medio tendrán menos peso que sostener, de modo que permanezcan más cerca y mantengan el círculo dentro de dimensiones reducidas. Si alguien tiene problemas de columna, debe ubicarse cerca, o no tomar parte en esto.

Observen los pies de la persona en el medio. Mientras lo van pasando alrededor, sus pies pueden correrse hacia un lado del círculo. Si no tienen en cuenta esto pueden encontrarse con que repentinamente tienen que soportar un peso mayor del estimado. Si encontraran que el peso es mayor del que pueden sostener, dejen que la persona se apoye en el piso tan lenta y suave como puedan sostenerla.

- Dense un tiempo de dos o tres minutos para hacer el ejercicio con cada una de las personas del grupo.

- Cuando cada persona termine el juego, la detienen en el centro, y uno del grupo se acerca y le da un abrazo de acogida.

6.3. Dinámicas para la resolución de conflictos

La telaraña

Se trata de que todas las personas participantes pasen a través de una telaraña sin tocarla.

Se pedirá a los participantes que nos desplazemos hacia el patio del colegio donde Utilizando una lana, construir una telaraña entre árboles o postes de unos dos metros de ancho. Conviene hacerla dejando muchos espacios de varios tamaños, los más grandes por encima de un metro.

El grupo debe pasar por la telaraña sin tocarla, es decir, sin tocar las cuerdas. Podemos plantearle al grupo que están atrapados en una cueva o una prisión y que la única salida es a través de esta valla electrificada.

Hay que buscar la solución para pasar los primeros con la ayuda de los demás. Luego uno a uno

Van saliendo hasta llegar al otro lado. Evaluar entre todos:

¿Cómo se tomaron las decisiones?

¿Qué tipo de estrategia se siguió?

Captura la bandera

El juego empieza con la creación de dos grupos antagonistas (policías y ladrones) y la elección de una persona neutral. Se coloca la bandera en el interior del campo de los policías. El juego termina cuando es robado la bandera y llevada al campo de los ladrones o cuando un ladrón es cazado con la bandera.

En el último caso, si hay duda sobre si dejó la bandera antes de ser tocado, el beneficio es para el atacante. Si un ladrón deja la bandera y ésta cae al suelo está cazado, debe ser levantada por éste. Evaluar en el grupo

¿Cómo se organizaron? y ¿qué tipo de estrategia se siguió? ¿Cómo se repartieron los roles o responsabilidades?

6.4. Dinámicas de comunicación

Los anteojos de mi familia

El guía de la actividad facilitara unos anteojos recortados en papel, plantea: "éstos son los anteojos de la desconfianza. Cuando llevo estos anteojos soy muy desconfiado. ¿Quiere alguien ponérselos y decir qué ve a través de ellos, qué piensa de nosotros?". Después de un rato, se sacan otros anteojos que se van ofreciendo a sucesivos voluntarios

(Por ejemplo: anteojos de la "confianza", del "enojón", del "yo lo hago todo mal", del "todos me quieren", y del "nadie me acepta", etc.).

La familia expresara que fue lo que sintió durante el desarrollo de la actividad.

Cada uno puede expresar cómo se ha sentido y qué ha visto a través de los anteojos. Puede ser el inicio de un diálogo sobre los problemas de comunicación en la familia.

La gran celebración

Esta actividad deberá realizarse en un espacio amplio que será el patio . Se necesitarán sillas, una por persona. También se emplearán cartulinas o papel grande, diferentes lápices de colores (rotuladores, lápices de madera, ceras, etc.).

El grupo deberá saber antes de comenzar la actividad, respetar el turno a la hora de hablar, aportar su opinión.

Se hará un círculo entre participantes del grupo y se empezará con una historia. Vivimos en un reino, en el que el rey quiere realizar una fiesta por la llegada de la primavera pero como no ha hecho muchas fiestas, no tiene ni remota idea de cómo hacerla. Por eso ha pedido a su pueblo que le entreguen ideas.

Esto deberá presentarse antes de la fecha de la fiesta, así el rey realizará la que más le guste. Con todo el mundo y una vez explicada la situación, se formarán pequeños grupos de 5 personas (será cada familia) atribuyendo a cada uno una

Categoría: ancianos del pueblo, hombres, mujeres, niños y animales. Cada grupo deberá intentar plasmar en el papel, el rol que le ha tocado representar dentro del reino.

En la puesta en común se discutirán los diferentes estereotipos en los que han sido divididos y la razón de sus representaciones.

Se terminara toda la actividad con una reflexión general de un representante por familia donde nos dirá cuál cree que fue el fin del taller, y en que le podrán ayudar a su familia.

Luego se terminara con el compartir de las familias y se dará el refrigerio de la actividad (agua, jugo, chocoramo)

Materiales: Sillas (cant.80), Lápices de colores, Refrigerio, Papel (craft, papel bond), Lana, Hilo, Equipo de sonido, Micrófono, Tijeras, Colbon.

Personal encargado: Psicóloga, monitores y re creacionista.

7. ¿AUN SOY UN ADOLESCENTE?

Objetivo: Educar a los adolescentes sobre los cambios que se producen en su desarrollo psicosocial, reproductivo frente a la adquisición de nuevas responsabilidades en esta nueva etapa

Duración: 1:30 horas

Metodología: conferencia en la cual Plantearemos cual es la situación que afronta el adolescente en el pleno desarrollo de esta etapa:

Desarrollo: Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, se considera el comienzo de la pubertad, que es el proceso que lleva a la madurez sexual.

Porque sus protagonistas son jóvenes de identidad y de una clara definición, que ya no son totalmente niños, pero tampoco son adultos, son una especie de híbrido, con rasgos de adulto y resabios de niño.

La evolución que los muchachos viven en esa etapa, los hace entrar en crisis, pues se encuentran en la búsqueda de su propia identidad, en el proceso de configurar su personalidad. En ocasiones, la familia o el adolescente se verán desbordados y precisarán de ayuda externa a la familia.

En La cual se manifiestan más cambios que en cualquier otra. Existen cambios psicológicos, sociales pero los más notorios son los físicos.

Cambios psicológicos

- Los cambios psicológicos consideran que la madurez mental se alcanza al lograr la capacidad para el pensamiento abstracto.
- la madurez emocional se logra cuando se alcanzan metas como descubrir la propia identidad.
- independizarse de los padres
- desarrollar un sistema de valores y establecer relaciones maduras de amistad y amor.

Cambios físicos

- Los cambios físicos que indican el final de la niñez incluyen:
- El crecimiento repentino, el comienzo de la menstruación en las mujeres.
- La presencia de semen en la orina de los varones.
- La maduración de los órganos sexuales primarios (órganos sexuales) y la maduración de las características sexuales secundarias (aquellas características que no involucran a los órganos sexuales, como la aparición de vello en el cuerpo).

Materiales: Salón, micrófono, equipo de sonido correspondiente para cubrir la sonoridad del recinto, video beam, botellas de agua, sillas, y personal necesario para la logística.

RECESO DE 15 MINUTOS

Actividad

Objetivo: identificar los cambios notables en esta etapa con el fin de ayudar a formar una Identidad sexual mediante intercambio de experiencias y reflexiones adquiridas en el taller.

Tiempo: 1:30 horas

Se desarrollara una actividad lúdica donde los participantes serán ubicados en las sillas dispuestas donde se irán llamando uno a uno para pasarlos al frente donde la persona que dirige la actividad los pondrá al frente de un espejo donde el adolescente se observara durante 2 o 3 minutos reflexionando sobre los cambios físicos vistos en ese momento y la visión que tienen de ellos en un futuro próximo.

Luego se pide a los asistentes que formen dos círculos uno pequeño y uno más grande que se encontrara alrededor del pequeño. Donde los integrantes del círculo pequeño darán media vuelta girando hacia el frente de sus compañeros del círculo exterior con el fin de comentar sus comentarios y reflexiones del taller, se dará dos minutos para que charlen con la persona que tienen en frente al cabo de los dos minutos se pedirá un desplazamiento lateral (el guía decidirá cuantos pasos de desplazamiento se tomaran) para así estar compartiendo o rotando con los demás compañeros.

La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.

Personal encargado: Psicóloga, monitores y re creacionista.

8. VIVE LAS RELACIONES DESDE TU FAMILIA

Objetivo: Educar a la familia en general sobre la importancia de la sexualidad en la adolescencia y el rol que tienen los Padres ante esta situación.

Ponente: Enfermera con estudio de postgrado en SSR

Duración: 3 horas

En esta época tenemos algo claro, y es, que la sexualidad no se reduce al sexo y las relaciones sexuales, sino que es un concepto que abarca mucho más que eso, aspectos físicos, emocionales y afectivos tanto en la persona individual como en la familia y comunidad a la que pertenece. Por esta razón, el apetito sexual, que tiene su punto máximo entre las etapas de la adolescencia y la juventud, no puede satisfacerse de manera desbordada. De esta manera si la persona solo busca satisfacer su deseo y placer no solo pone en riesgo su vida sino también la vida de los demás.

Para tener una sexualidad con responsabilidad necesitamos mucha más información que sobre métodos anticonceptivos, o medidas preventivas para embarazos no deseados o ITS, sino que es igual de importante desarrollar valores y actitudes que favorezcan de manera positiva la toma de decisiones.

Este tema debe seguir proyectándose como un tema familiar, uno de esos tantos temas que se comentan en los momentos que se comparten entre familia, para así proporcionarle a los adolescentes confianza para que en su debido momento contemplen la posibilidad de dialogar con los padres de alguna duda que se le presente o incluso antes de tomar una decisión a la carrera que pueda conllevarle a ejercer roles que no van acorde con su edad

Materiales: Aula multiple, micrófonos 2, sillas, 1 Video Beem.

Al final realizaremos una actividad denominada: historia de las islas

Materiales: 75 Hojas y 72 Lapiceros.

Tiempo: 60 minutos.

Metodología:

Se realizan equipos 10 equipos de 7.

Inicia la actividad leyendo a las y los participantes la historia de las islas.

Pidiéndoles que pongan atención, ya que después de la lectura tendrán que tomar Decisiones respecto al caso que se les presente.

LECTURA HISTORIA DE LAS ISLAS:

En un barco iban Ana, una muchacha de 18 años; su madre Berta; Carlos, el novio de Ana y Daniel, un amigo de ambos. Naufragaron y tuvieron que nadar hacia unas islas cercanas, quedando separados de la siguiente forma: en una isla Ana y su madre, y en la otra, Carlos y Daniel. Un día llegó Efrén, un

barquero que podía hacer un sólo viaje de la isla de Ana a la de Carlos. Ana, al saberlo, le pidió a Efrén que la llevara a la otra isla. El barquero acepta sólo si tiene relaciones sexuales con él. Ana pide consejo a su madre quien le dice: "Hija, esta decisión sólo te concierne a ti y tú debes ser quien la tome; yo te apoyaré siempre". Ana accede a la petición del barquero para estar con el hombre que ama. Al llegar a la otra isla, le platica a Carlos lo que ha Hecho para reunirse con él. Para Carlos es muy importante la pureza e integridad de la mujer con la que va a vivir el resto de su vida y por tanto, su relación no puede continuar. Enterado Daniel del rechazo de Carlos a Ana, le dice a Ana que él siempre la ha querido y que la acepta.

- Después de la lectura, se solicita a las y los participantes adolescentes que expongan la decisión que ellos tomarían si estuvieran en el lugar de Ana y a los adultos el punto de vista respecto a Efrén.

ACLARACION: No tienen que ponerse de acuerdo sino sólo darlos a conocer a las(os) demás.

Personal encargado: Psicóloga, monitores, recreacionista y Enfermero con pos grado en SSR.

9. CONOCIENDO LOS SENTIMIENTOS DE MI FAMILIA

Objetivo: Generar un espacio que propicie la interacción entre los miembros de cada familia, como herramienta para el fortalecimiento de la integración familiar mediante la demostración del dialogo familiar.

Duración: 4 horas

Metodología: se realizara mediante una actividad de integración familiar.

Hora: Se desarrollara el día sábado en las horas de la mañana empezando a los 8 am

Lugar donde se desarrollara: se realizara en el patio del colegio sanfrancisco de asís

Descripción: Se llagara y se hará el saludo donde explicaremos que la actividad de hoy será de actividad de unión familiar en lo cual nos desplazaremos al patio donde a las familias se les dará una ubicación específica.

Metodología: consiste en darle a cada persona o integrante de cada familia hojas blancas y lapicero con el fin que redacten una carta para algún miembro de su núcleo familiar para esto se dará 40 min aproximadamente, luego que todas las personas hayan redactado la carta se les pedirá que por favor la entreguen al miembro de la familia .

En la realización de esta actividad; la entrega y lectura de las cartas será de manera independiente por familia. Por último el psicólogo o monitor encargado dirá unas palabras de reflexión y se dará fin.

Materiales: Sillas (cant.80), 72 Bolígrafos, 150 Hojas block, Micrófono, Sonido.

Personal encargado: Psicóloga, monitores y recreacionista

10. CONVIVENCIA: (DEMOSTRANDO MIS HABILIDADES FAMILIARES Y COMO ADOLESCENTE RESPONSABLE DE VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Objetivo: evaluar los avances logrados, en la aplicación de la estrategia observando los vínculos de confianza y toma de decisiones como grupo familiar e individual.

En la convivencia se pondrán en evidencia todos los conocimientos y habilidades que desarrollaron las familias y los adolescentes a través de las actividades y talleres que se dictaron en esta.

Lugar: colegio departamental san fráncico de asís sede alborada.

Duración: 4 horas

Llegada: explicación de la actividad a realizar.

Formación de equipos de trabajos: 7 grupos de diez personas. (familias mezcladas).

Sera en el patio del colegio para proporcionar a los integrantes del grupo un marco jovial placentero y saludable para promover la integración y creación de lazos afectivos entre los jóvenes y familiares.

Valorar el trabajo cooperativo y el mejoramiento de aptitudes lúdicas y físicas, de cada grupo familiar.

Superar estereotipos discriminatorios por distintos motivos, realizando juegos por equipos previamente formados, se le dará un respectivo premio al grupo gane por medio del trabajo en equipo, confiando firmemente en las cualidades de los integrantes.

La actividad será Hacer una obra de teatro familiar eligiendo como tema el cuento preferido de sus hijos.

Después de haber realizado la jornada de actividades, se dará un breve descanso de 45 minutos, repartiendo un refrigerio.

Después de haber realizado el receso, se realizara una conversación sobre cómo se sintieron en la actividad, que experiencias tuvieron y como se sintieron

trabajando en familia, y reflexionar como pueden superar un obstáculo si se trabaja conjuntamente y si hay confianza en el grupo familiar.

Despedida: se dirán unas palabras por parte del grupo organizador de la actividad, agradeciendo la participación de las familias y cómo influye el trabajo realizado no solo en ellos sino también en el grupo de trabajo.

Personal encargado: Psicóloga, monitores y recreacionista

PARÁMETROS DE EVALUACIÓN

NO.	ITEMS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1	Asistió regularmente a los talleres				
2	Las actividades propuestas cumplieron sus expectativas				
3	Las actividades temáticas fueron lo suficientemente claras.				
4	Usted cree que las actividades desarrolladas crearon nuevas actitudes				
5	Se sintió a gusto o en confianza con el equipo de profesionales en cada las actividad desarrollada				
6	El equipo profesional que participo en el desarrollo de los talleres cumplió los objetivos establecidos				
7	Las actividades que se desarrollaron de la estrategia fueron coherentes con sus objetivos.				
8	Considera que la relación en el proceso de enseñanza aprendizaje fueron de forma integral				
9	El participar en estos talleres fortaleció nuevos lazos y mejoro la comunicación entre usted y su familia.				

INDICADORES DE EVALUACION

FORMATO REGISTRO DE INFORMACIÓN	
Información	
Nombre del indicador	Impacto de las relaciones familiares con el desarrollo pleno de un adolescente
Política, programa o proyecto que se evalúa a través del indicador	Estrategia de promoción de la salud ¡¡UNA FAMILIA UNIDAD MOTIVA TU VIDA!!
Objetivo que se evalúa a través del indicador.	Lograr que el 70% de las familias a intervenir de los adolescentes del Colegio Departamental San Francisco de Asis Promover en las familias de los adolescentes de la institución San Francisco de Asis la dinámica familiar, mediante la estrategia una familia unida motiva tu vida con el propósito de disminuir factores de riesgo de este grupo poblacional.
Categoría.	Indicador de impacto
Descripción: explicación sobre qué mide el indicador (objeto de la medición)	Nos permite medir los efectos a mediano y largo plazo, generados por la Estrategia de promoción de la salud ¡¡UNA FAMILIA UNIDAD MOTIVA TU VIDA!! Sobre la población de las familias a intervenir de los adolescentes del Colegio Departamental San Francisco de Asis. Los efectos medidos son aquellos directamente atribuibles a dicha estrategia tales como, motivar a las familiar para que hagan de las actividades de esta estrategia un hábito. Incluye efectos positivos y negativos, producidos directa o indirectamente por una intervención, sean estos intencionales o no como generen espacios entre ellos con el propósito de fortalecer la dinámica familiar, para favorecer la confianza entre los mismos y una formación optima y equilibrada para que tomar decisiones, identificar su proyecto de vida. .
Metodología de medición: explicación de los principales aspectos del proceso de medición del indicador (cómo se hace la medición)	Después de un mes de implementada la estrategia de promoción de la salud ¡¡UNA FAMILIA UNIDAD MOTIVA TU VIDA!! Se realiza la primera actividad de retroalimentación tiene como función dar a conocer por medio de los datos adquiridos con los instrumentos de valoración: "apgar" "famiograma" "ecompa", como la familia se relaciona con el entorno y como se encuentran las relaciones entre el grupo familiar. Después de 7 meses de implementada la estrategia de promoción de la salud ¡¡UNA FAMILIA UNIDAD MOTIVA TU VIDA!! Se realizara una segunda actividad de retroalimentación con el fin de evaluar la evolución de la dinámica familiar, el grado de compromiso que tiene cada uno de los integrantes del núcleo familiar, confrontando si los objetivos de la estrategia fueron alcanzados. Además

	se reevaluara el familiograma y ecomapa con el fin de establecer si se obtuvo algún cambio en el entorno y desarrollo de las relaciones interpersonales y emocionales de la familia.
Periodicidad: ¿cada cuánto se produce, recolecta o difunde la información?	Teniendo en cuenta las características de la estrategia de promoción de la salud ¡¡UNA FAMILIA UNIDAD MOTIVA TU VIDA!! Está establecido que la intervención hecha en dos grupos que tendrán su respectivo trabajador social y psicólogo, trabajando al mismo tiempo, se realizara la primera actividad de retroalimentación un mes después de empezar la implementación de la estrategia tiene como función dar a conocer por medio de los datos adquiridos con los instrumento como la familia se relaciona con el entorno y como se encuentran las relaciones entre el grupo familiar. Después de 2 meses de terminada la estrategia, Se realizara una segunda actividad de retroalimentación con el fin de evaluar la evolución de la dinámica familiar, el grado de compromiso que tiene cada uno de los integrantes del núcleo familiar.
Línea base o valor de referencia: Valor y fecha del indicador al momento de iniciar la ejecución de la política, programa o proyecto	0% a febrero de (falta fecha de año). En el Colegio Departamental San Francisco de Asís
Valor final o meta prevista: valor esperado del indicador en un período dado	70% a agosto de (falta fecha de año). Las familias a intervenidas de los adolescentes del Colegio Departamental San Francisco de Asís, generen espacios entre ellos con el propósito de fortalecer la dinámica familiar, para favorecer la confianza entre los mismos.
Fuentes de información: entidad, dependencia o grupo que produce o administra la información del indicador	Equipo de trabajo, trabajador social y psicólogo.(fuente primaria) Psicoorientadora Colegio Departamental San Francisco de Asís(fuente secundaria).
Limitaciones: aspectos claves que puedan generar deficiencias en la información del indicador	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atrasos de los resultados por parte de equipo de trabajo (trabajador social y psicólogo) ➤ Baja participación de adolescentes ➤ Inasistencia por parte de los padres

Anexo 1 CRONOGRAMA

Actividad	T	Enero	febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Agosto
		--	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	20
Gestión ante el Colegio Dptal San Francisco de Asís	--	X											
Reunión de padres de familia	--	X											
Bienvenida y Act. Describiendo a mi familia	2h		X										
La Sociedad que me rodea	4h			X									
Que mejor que conocer a mi familia	4h				X								
Un Rol nuevo en mi vida	4h					X							
Aprendiendo a escuchar a mi familia	3h						X						
Fortaleciendo lazos familiares	4h							X					
¿Aun soy un adolescente?	4h								X				
Vive las relaciones desde tu familia	4h									X			
Conociendo los sentimientos de mi familia	4h										X		
Convivencia	4h											X	
Evaluación Final	--												X

Fecha de finalización: 20 de Agosto de 2015

Anexo 2 GASTOS

RECURSO	CANT	V. UNIDAD	V. TOTAL	ENTIDAD
Humano:				
• Enfermera especialista (1x1Dia)	1	150.000xDia	150.000	Secretaria Dtal Salud
• Psicólogo (1x1dia y 1x10dias)	2	150.000xDia	1.500.000	
• Trabajador Social (2x1 día)	2	120.000xDía	240.000	Col. Dptal S.F.A.
• Recreacioncita (2x8Dias)	2	120.000xDia	960.000	
• Monitores (7x6Dias)	7	0	0	
• Logística (5x6Dias)	5	20.000xDia	100.000	Unillanos
Materiales e Insumos:				
• Hoja Impresa	72	150	10.800	
• Lapiceros	76	1.300	98.800	
• Pliego de Papel Bond	66	350	23	
• Marcadores	72	1.200	23.1	
• Mesas	22	10.000	00	Promotores de la estrategia
• Sillas	80	5.000	86.400	
• Resma papel bond (270)	3	10.000	222.000	
• Cajas de Colores	22	6.000	400.000	
• Cordeles x metro	60	1.800	30.000	
• Varillas	8	1.000	132.000	
• Lana	20	1.000	108.000	Col. Dptal S.F.A.
• Hilo	20	600	8.000	
• Tijeras	20	1.000	20.000	
• Colbon	20	1.500	12.000	
• Botellas de agua	72	1.500	20.000	
			30.000	
			108.000	
Equipos Tecnológicos:				
• Micrófonos	1	40.000	40.000	Unversidad de los Llanos
• 4 Cabinas de audio y 2 micrófonos	1	400.000	400.000	
• Computadores	2	0	0	
• Video Ben (1x2dias)	1	30.000xDia	60.000	
Alimentación:				
• Refrigerios	160	3500	560.000	Promotores de la estrategia
• Almuerzos	4	5500	22.000	
TOTAL			5.341.100	

WEB GRAFIA

- <http://pasealdesarrollo.org/wp-content/uploads/2012/09/politica-juventud-meta.pdf>
- http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxix1_8.pdf
- https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
- http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400006
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/Contratacion/RegimenEspecial/RESedeDireccion/CP002-2013/LINEAMIENTOS%20GCB%20%202014.pdf>
- <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/es/>