



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
PARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
COORDINACION DE PSICOLOGIA SOCIAL

***NIVEL DE TOMA DE DECISIONES DE LOS Y LAS
ADOLESCENTES ANTE UN EMBARAZO A EDAD TEMPRANA***

T E S I N A
QUE PRESENTAN PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADAS EN PSICOLOGIA SOCIAL

IRAIS CRUZ GOMEZ
TERESA YOLANDA JUAREZ LOPEZ

93224054
92230450

ASESOR

IRENE SILVA SILVA
MTRA. PSICOLOGIA SOCIAL

LECTOR

MARIO CARRANZA AGUILAR
DR. PSICOLOGIA DE LA SALUD

MEXICO, D.F. OCTUBRE 1999.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	4

CAPITULO I

PSICOLOGIA SOCIAL DE LA SALUD COMUNITARIA

1.1 Marco referencial de la Salud.....	12
1.2 Concepto de Salud	14
1.3 Proceso Salud Enfermedad	15
1.4 Promoción y educación para la Salud	16
1.5 Intervención Comunitaria	20
1.6 Psicología de la Salud	21
1.6.1 Areas de aplicación de la Psicología de la Salud	22
1.6.2 Teorías de la Psicología de la Salud	22
1.6.3 Métodos de la Psicología de la Salud	22
1.6.4 Categorías de Psicología de la Salud	23
1.7 Psicología Social de la Salud	24
1.7.1 Teorías y modelos de la Psicología Social de la Salud	26
1.7.2 Areas de intervención de la Psicología Social de la Salud	27

CAPITULO II

CONTEXTO HISTORICO DE SAN MIGUEL TEOTONGO

2.1 El fenómeno de urbanización	29
2.1.1 Antecedentes generales del proceso de urbanización en la Ciudad de México	31
2.2 Descripción Geográfica de la Sierra de Santa Catarina	34
2.2.1 Origen y desarrollo histórico	35
2.3 Descripción de San Miguel Teotongo	37

CAPITULO III

ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

3.1	Los procesos de cambio del adolescente en su desarrollo sexual	39
3.2	La conducta sexual en el adolescente	44
3.3	La sexualidad como forma de relación humana	46
3.4	El entorno social del adolescente y su sexualidad	51

CAPITULO IV

EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

4.1	El embarazo a edad temprana y su situación actual	53
4.2	Aportaciones de factores que influyen en el embarazo no planeado en adolescentes	55
4.2.1	El inicio temprano de las relaciones sexuales	55
4.2.2	Baja incidencia en uso de métodos anticonceptivos	57
4.2.3	Aspectos psicológicos	59
4.3	El embarazo a edad temprana y sus efectos psicosociales	60
4.4	Argumentos que definen al embarazo en adolescentes como un problema de salud público	63
4.4.1	Su supuesto incremento	63
4.4.2	Su contribución al crecimiento acelerado de la población	64
4.4.3	Efectos adversos sobre la salud de la madre y el niño	65
4.4.4	Su contribución a la persistencia de la pobreza	66
4.5	Procesos que contribuyen a que el embarazo en adolescentes se haya convertido en un problema social en México	68

CAPITULO V

ESTILO DE VIDA Y PERCEPCION SOCIAL

5.1	Estilo de vida	72
5.1.1.	Constitución del concepto Estilo de Vida	72
5.2	Percepción social	77
5.2.1	Breve historia de la percepción	77
5.2.2	Contextualización de la Percepción Social y sus aportaciones	80
5.2.3	Categorización Social	83
5.2.4	Atribución	87
5.2.5	Formación de Impresiones	91

CAPITULO VI

MODELO DE INVESTIGACION ACCION PARTICIPATIVA

6.1	Origen del Modelo Investigación Acción Participativa	94
6.2	Características de la Investigación Acción Participativa	96
6.3	Conceptualización del Proceso Participativo	97
6.4	Cráterios que fundamentan el Modelo de Investigación Acción Participativa	100

CAPITULO VII

METODOLOGIA

7.1	Planteamiento del problema	105
7.2	Objetivos	105
7.3	Hipótesis y Variables	106
7.3.1	Construcción conceptual de variables	107
7.4	Población	108
7.5	Instrumentos	109
7.6	Procedimiento	110

CAPITULO VIII

ANALISIS DE RESULTADOS

8.1 Diagnostico general de salud	115
8.2 Variables psicosociales	119
8.3 Disposición a modificar conductas en riesgo	126
8.4 Propensión a moderar factores psicosociales de riesgo	129
8.5 Nivel de toma de decisiones	132

CONCLUSIONES	136
---------------------------	-----

BIBLIOGRAFIA	141
---------------------------	-----

ANEXOS

Anexo 1. Diagnostico para la medición del estado general de salud	146
Anexo 2. Cuestionario de conocimientos de sexualidad	151
Anexo 3. Cuestionario para la medición del estilo de vida y salud	155
Anexo 4. Escala de percepción de riesgo	157
Anexo 5. Sondeo (grupo 2º. y 3º. A)	159
Anexo 6. Taller de <<Sexualidad Humana>>	163
Anexo 7. Historia de vida	169
Anexo 8. Evaluación de la Histotia de vida	171



DEDICATORIA

*A tú memoria mamá:
por haber sido una mujer maravillosa,
por que Dios me dio la oportunidad de vivir.
gracias por haberme impulsado a crecer,
y por la dicha enorme de ser tu hija.*

*A ti papá:
Gracias, a tu ejemplo de lucha
constante,
has sabido guiar mis pasos.
Este es un testimonio a tu
enseñanza.*

*A: Hilda, Angel, Olga y Gloria
Porque a lo largo de mi vida han representado:
amor y comprensión.*

*A Uriel:
Mi pequeño sol, tú eres el amor,
que me impulsa a tomar nuevos retos,
como madre y profesionalista.*

*A Laura y Angel:
Porque su presencia ha sido motivo de alegría,
que esté trabajo los aliente a la conquista de sus metas.*

Y o l a



DEDICATORIA

*Otorgo gran parte de esta obra,
a mis queridos padres **Julio y Yolanda**;
porque gracias a su apoyo y consejo
he llegado a realizar la conquista de ésta meta,
la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera
recibir y con la promesa de seguir siempre adelante.*

*Como muestra de mi cariño agradezco a mis hermanos,
Julio, Humberto y Janneth, por el apoyo y paciencia
brindado, ya que hoy veo llegar a su fin ésta obra que,
es el comienzo de muchas más.*

*En reconocimiento a mis **amigos y compañeros de trabajo**,
por confiar en mí e impulsandome a seguir
siempre adelante, además de compartir conmigo
estos momentos.*

*La otra parte de este trabajo,
la dedico por su gran dedicación y esfuerzo,
que ha mostrado en las metas que se propone,
a ti: **Iraís***

Agradecimientos:

La elaboración de una tesina no es simplemente un trabajo académico, cuya finalidad es la obtención de un título de grado, se constituye de una parte fundamental de nuestras vivencias, durante el tiempo de su realización. Nos acompaña como a cada momento, es objeto de nuestra fidelidad, causante incluso de momentos depresivos, pero aliciente de la realización personal, es: una meta en la vida.

*Agradecemos a nuestros familiares, amigos y asesores: **Dr. Mario Carranza Aguilar** y **Mtra. Irene Silva Silva**, por su amistad, paciencia y apoyo en sus aportaciones que coadyuvaron a ésta empresa. Además, a la **Lic. Alicia Caballero** y **Janet Bedulla** de la **Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM)**, por su colaboración en el taller.*

*Pero sobre todo a los y las adolescentes de la **Escuela Secundaria Diurna No. 267***

<<Teodoro Flores>>, turno vespertino, que fueron el motivo de realización en este trabajo.

GRACIAS

*Nadie necesita tanto
ser comprendido como
el adolescente*



INTRODUCCION

INTRODUCCION

El gran desarrollo de las ciudades y de las formas de vida es uno de los fenómenos que caracteriza a nuestra civilización, anteriormente al proceso de industrialización la gran población se concentraba en el área rural; pero en vista a los cambios económicos, políticos culturales y sociales la gente emigró a las grandes urbes en busca de nuevas y mejores condiciones de vida, convirtiéndose así, predominantemente en zonas urbanas. En esta transformación, encontramos que se ha ido acumulando una población constante de emigrantes que se distribuyen en la periferia de las ciudades, invadiendo propiedades ajenas formando franjas miserables y abandonadas, construyéndose en zonas de inadecuadas condiciones urbanas para vivir. Así, entonces la concentración urbana ha dado origen en nuestras sociedades a nuevas estructuras sociales, por supuesto, a estas corresponden nuevas formas de pensamiento y conducta. La industrialización rompió la homogeneidad cultural de las concepciones tradicionales de la vida, las estructuras de pensamiento han cambiado y por consecuencia, la orientación de las instituciones sociales, en particular la familia y con ella su estructura y función; muchas de éstas que cubría el núcleo familiar son traspasadas a la comunidad.

En el caso de México su evolución demográfica ha sido muy irregular; en el S.XIX y principios del S. XX, el crecimiento fue muy lento y la población incluso, decreció entre 1910 y 1920; sin embargo, a partir de ese año se produjo una verdadera explosión demográfica debido al elevado índice de natalidad. En la distribución de la población existe un fuerte desequilibrio, con una gran densidad de habitantes. Más de la mitad de la población vive en los estados del centro (una quinta parte de ella se centra en el Distrito Federal). La proporción de población urbana alcanza el 72.6% del total, mientras que el 27.4% corresponde a la zona rural.

El crecimiento urbano en el D.F. no posee un avance proporcional a la moderna industria pues pese a que existe un aumento en los servicios de utilidad pública, tiene una contrapartida al escaso desarrollo en el ámbito de la enseñanza y la salubridad. Por lo que es un terreno fértil para el desarrollo de problemas de orden psicosocial (embarazo en

adolescentes, violencia intrafamiliar, alcoholismo y tabaquismo, estrés, Sida, drogadicción, etc.)

Dada la problemática social que conlleva el crecimiento demográfico, las carencias de orden político y económico, así como las demandas de la población, es imperante la intervención de profesionales de la salud (Psicólogo Social) en situaciones como la del embarazo en la adolescencia, no solo en la atención sino también, en la prevención de éstos; y así mejorar la calidad de vida de los adolescentes; haciéndolos participes para generar alternativas de solución, que arrojen una nueva propuesta de cultura generacional.

La adolescencia es una etapa importante en el desarrollo del ser humano —en tanto los cambios que se generan—, porque, es donde el individuo se apropia de nuevos valores, define su identidad, inicia el proceso de independencia y a su vez se inicia con sus vínculos amorosos fuera del ámbito familiar, lo cual tiene implicaciones en su sexualidad y en sus decisiones de prácticas cotidianas.

Pero, ¿por qué llama tanto la atención el embarazo durante la adolescencia? y ¿por qué es considerado como un problema social o de salud pública?. Aparte de que hoy en día se ha convertido en un fenómeno de alta incidencia a nivel mundial, el embarazo en la adolescencia genera gran interés debido a que es algo que va en contra del proceso natural, ordenado y deseado por la mayoría de las sociedades modernas; del ciclo vital y del desarrollo pleno de la mujer y el hombre. Claro está, existen y han existido sociedades en las cuales el embarazo durante la adolescencia no representa una posible ruptura prematura del tiempo para el desarrollo, sino que significa la llegada de la niña al papel de la mujer, y es causa de alegría. Sin embargo, la mayoría de las sociedades en desarrollo y desarrolladas, prefieren tener un período de espera entre la llegada de la madurez sexual física (menarca) y el embarazo; muchas veces se marca esto, por ejemplo en México, se realiza con una fiesta y el comienzo de relaciones, aunque vigiladas y protegidas entre los dos sexos, reconociendo el hecho de que la adolescente es fértil, pero que, por razones físicas, emocionales, económicas e intelectuales, no están listos los adolescentes para ser madre o padre.

A pesar de esto, las adolescentes se están embarazando con más frecuencia tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo. En México, según datos de

la Encuesta Nacional Demográfica en 1985, las mujeres empiezan a tener relaciones sexuales alrededor de los 16 años de edad, y los hombres, entre los 14 y 15 años; donde, el 12.1% de los nacidos vivos eran hijos de madres que tenían entre 15 y 19 años. Así, entonces, el embarazo en adolescentes se considera como un problema de salud pública, por su supuesto incremento, su contribución al crecimiento acelerado de la población, además de los efectos adversos que representa para la salud de la madre y el niño y su contribución a la pobreza.

Como en casi todas las sociedades donde el embarazo de la adolescente representa un gran costo emocional, social, económico y médico, su alta incidencia ha propiciado la realización de muchas investigaciones, como lo es en el caso de esta, la cual tiene el interés de conocer en los y las adolescentes el nivel de conocimientos, su estilo de vida y la percepción que tienen ante un embarazo a edad temprana.

Cabe aclarar que esta investigación forma parte del proyecto denominado <<**Psicología Social de la Salud**>>, desarrollado por un grupo de alumnos de la licenciatura de Psicología Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa (UAM). Este proyecto se abordó con el fin de efectuar una intervención comunitaria con el propósito de elaborar un diagnóstico psicosocial de salud y promover la integración de una red de grupos saludables en la Colonia San Miguel Teotongo, ubicado en la Sierra de Santa Catarina, Delegación Iztapalapa; y poder intervenir en el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes a través de acciones psicosociales de salud.

Durante nuestra estancia en el lugar, iniciamos una experiencia que nos permitió explorar el ámbito de intersección entre la teoría y la práctica, la cual fue bastante enriquecedora en nuestra formación como psicólogos sociales. Para el desarrollo del proyecto, se inició con la recopilación de trabajos antecedentes a nuestra llegada de la zona, de donde, se logró rescatar múltiples acciones que han nacido en solidaridad a las necesidades de los colonos: Centro de Salud Comunitarios, Emprendedores, Centros de Promoción Humana, Cocinas

Populares, Techos Fraternos, Casa de Adultos Discapacitados Comités de Padres de Familia, etc.

El proyecto de <<*Psicología Social de la Salud*>> plantea la necesidad de un nuevo modelo para la atención a la salud que no solo incluya el tratamiento médico- curativo sino que incorpore la promoción y mantenimiento de la salud, así como el control de enfermedades y problemas sociales (embarazo en adolescentes).

De este modo construir una cultura de salud –no de la enfermedad- a partir de acciones sociales de salud que incentiven la participación comunitaria y se orienten a la conformación de comunidades sanas.

De tal manera que esta investigación, se centra en el nivel de toma de decisiones de los y las adolescentes ante un embarazo a edad temprana, dentro del Modelo Acción Participativa, donde se incluyeron variables psicosociales y analizar la vinculación de éstas en los adolescentes de la Escuela Secundaria Diurna No. 267 <<Teodoro Flores>> y proporcionar un taller de sexualidad de acuerdo a las necesidades de la población, haciendo énfasis en la toma de decisiones en las que se debe de reflexionar atentamente sobre las alternativas y elegir la más adecuada.

El trabajo de investigación se compone de ocho capítulos. En el primero se aborda de manera concreta, las transformaciones que han sufrido los constructos de salud y enfermedad, cuáles han sido los enfoques más predominantes, no sólo del área médica, sino además dentro del área social. Propiamente a este nuevo enfoque se aboca la Psicología de la Salud, ocupándose de incluir y estudiar las variables psicológicas que influyen en el proceso de salud- enfermedad; a este campo se le incluye la Psicología Social quien aporta entre otras cosas sus modelos teóricos que explican la conducta social del individuo; a estas dos importantes corrientes se le suman la Psicología Comunitaria, que aporta la estrategia de abordaje de salud en el ámbito comunitario no sólo desde modelos teóricos sino además de intervención que buscan unir la teoría con la practica en el proceso de la investigación; para que este proceso sea posible según este enfoque, es indispensable la participación de la comunidad.

El segundo capítulo, aborda de manera breve y general, el contexto social dentro del cual se elaboro la investigación: Col. San Miguel Teotongo, de la Sierra Santa Catarina, dentro de la demarcación de Iztapalapa, los antecedentes generales del fenómeno de urbanización en la ciudad de México, así como la descripción geográfica de la Sierra de Santa Catarina.

El tercer capítulo, se basa en la etapa de adolescencia y sexualidad, los procesos de cambio (físicos, psicológicos y sociales) del adolescente en su desarrollo sexual, ya que es una de las más importantes en la vida del ser humano, es un período donde se hace necesario un conjunto de ajustes del individuo, para funcionar con respecto a sí mismo y con el medio, y a la vez estos inciden y se matizan por el medio social y cultural donde el individuo se desarrolla, además en esta etapa se alcanza un desarrollo sexual, más no la madurez, la cual supone la capacidad reproductora que puede conllevar a un embarazo en este período la conducta sexual del adolescente; por lo cual se analiza la sexualidad en el adolescente como forma de relación humana y su entorno social.

En el cuarto capítulo, revisa la situación actual del embarazo en la adolescencia, así como las aportaciones actuales de los factores y efectos psicosociales que se implican ante un embarazo no planeado, ya que hoy en día el embarazo en adolescentes se considera como un problema de salud pública; por su supuesto incremento, su contribución al crecimiento acelerado de la población, además de los efectos adversos que representa para la salud de la madre y el niño y su contribución a la pobreza.

El quinto capítulo, hace referencia a la génesis y estructura de la conceptualización del estilo de vida, el cual representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto control, dentro de este proceso se esgrime la percepción social puesto que se categoriza, atribuye y finalmente se construye una impresión. Podemos señalar que el inicio temprano de las relaciones sexuales propicia no solo un embarazo no planeado, sino que además puede ser causa de ciertas alteraciones sobre la salud en este tipo de población, a esto puede agregarse que la percepción social de la sexualidad y la iniciación temprana de relaciones sexuales esta propiciada por una serie

de factores que pueden estar interrelacionados con el estilo de vida de los adolescentes, es decir, que no es un factor en sí mismo el que provoca esta situación, sino la presencia de múltiples factores, como pueden ser el constante contacto con personas del sexo opuesto, los sentimientos hacia su pareja, entre otras características sociales y de personalidad de los adolescentes.

El sexto capítulo, se exponen las vertientes o paradigmas para entender o aplicar las relaciones entre la teoría y la práctica del Modelo Investigación Acción Participativa; haciendo una revisión histórica de la evolución de éste. Así como la conceptualización del proceso y los criterios en que se fundamenta la alternativa de investigación social.

Con este modelo de Investigación Acción Participativa, se pretende provocar la reflexión y actitud crítica de los adolescentes, convirtiéndolos en protagonistas de su proceso de concientización, que les permitan percibir los riesgos y asumir decisiones responsables en el proceso de su actividad sexual.

El séptimo capítulo, muestra el procedimiento de la investigación, donde se hace alusión al planteamiento del problema, objetivos, hipótesis y variables, construcción conceptual de las variables y los instrumentos. La población estuvo constituida por 60 adolescentes, ambos géneros, de 2º. y 3er. año de la Escuela Secundaria Diurna No. 267, <<Teodoro Flores>>, del turno vespertino.

Las variables que se analizaron son: género, edad, percepción de riesgo, conocimientos de sexualidad, disposición a modificar conductas de riesgo, estilo de vida, propensión a moderar factores psicosociales de riesgo y nivel de toma de decisiones.

De acuerdo a la problemática planteada y a los objetivos que se pretenden alcanzar; la aplicación del Modelo de Investigación Acción Participativa nos permitió observar, estructurar y analizar la disposición que tienen los y las adolescentes a modificar conductas de riesgo, así como la propensión a moderar los factores de riesgo que conllevan a tomar decisiones responsables en el ejercicio de su sexualidad para la prevención de un embarazo.

El octavo capítulo, presenta el análisis proporcional de los resultados, en el que se consideraron todas las variables. Para examinar la disposición a modificar conductas de riesgo se relacionaron tres variables: percepción de riesgo, género y nivel de conocimientos de sexualidad con la finalidad de conocer que tan dispuestos se encuentran los adolescentes a modificar estas conductas. Para el estudio de la propensión a moderar factores psicosociales de riesgo las variables analizadas fueron: percepción de riesgo, género y estilo de vida, con el fin de percatar que tan propensos están los adolescentes a moderar estos factores. Finalmente para distinguir el nivel de toma de decisiones se conjugo, la propensión a moderar factores psicosociales de riesgo, así como también la disposición a modificar conductas que perjudican su salud.

Haciendo una recapitulación de todas las variables anteriores podemos afirmar que la hipótesis central de la investigación quedo demostrada, porque la propensión a moderar factores psicosociales de riesgo y la disposición a modificar conductas riesgosas tienen injerencia en el nivel de toma de decisiones en conductas saludables con relación a la sexualidad de los y las adolescentes.

Una situación importante ante la cual los adolescentes se enfrentan es a tomar decisiones con respecto a iniciar o no sus relaciones sexuales y por consiguiente a utilizar o no métodos anticonceptivos.

Como lo es en el caso de los adolescentes en cuestión, que a pesar de que tienen conocimientos y están informados respecto a la sexualidad, están poco informados al uso de métodos anticonceptivos y especialmente en lo que concierne al momento de mayor fecundidad de la mujer.

Por lo cual el propósito central de este proyecto es ofrecer a los y las adolescentes suficientes elementos de análisis en maternidad o paternidad prematura. Así mismo otorgar información básica y necesaria de temas relacionados con la sexualidad, generando la reflexión y sensibilización sobre la importancia de su propia salud, en el marco de una visión que involucre los aspectos de riesgos y prevención del ejercicio de su sexualidad; el riesgo como especial énfasis en el embarazo a edad temprana y las medidas de prevención para evitar tal situación.

Este rasgo preventivo es el que debe orientar las actividades de búsqueda de información y análisis en relación al embarazo no planeado.

Lograr que los y las adolescentes asuman, con respecto al ejercicio de su sexualidad, una conducta preventiva y responsable, implica el análisis de las relaciones familiares, los valores y la autoestima.

Independientemente de que él o la adolescente se desarrolle en un ambiente familiar con apertura y conocimiento para que intercambie información, exprese dudas y temores o viva una situación opuesta, esto es sin comunicación con sus padres, lo esencial será ofrecer los espacios de indagación y reflexión que le permita configurar sus propios patrones de conducta con base en una óptima concepción de autoestima, la cual esta aunada al respeto y cuidado de sí mismo serán las mejores armas para que logre un desarrollo integral y sano, tanto en el aspecto físico como en el intelectual, afectivo y social.

Propiciar el desarrollo y fortalecimiento de la autoestima requiere que se haga una constante referencia a los efectos y consecuencias que en el mismo sujeto tiene cualquier decisión y conducta ejercida.

El embarazo prematuro o no planeado no es producto de la casualidad y, más grave aún son situaciones que afectan a la familia, amigos, pero nunca en la dimensión de quién va ser mamá o papá.

Como parte de las conclusiones se señala que, resulta conveniente intervenir en la prevención del embarazo en adolescentes, proporcionando a éstos las habilidades individuales y sociales necesarias para la toma de decisiones responsables que modifiquen algunas conductas de riesgo, que aunadas a las condiciones de vida que se han generado durante el proceso de urbanización.

No hay que olvidar que cada decisión conlleva en sí misma la posibilidad de que a causa de ella, surjan cambios en nuestra vida o se mantenga como está. Por lo que, hay que pensar bien las cosas y optar por aquellas elecciones que se adecúen al objetivo que perseguimos.

Capítulo 1

***PSICOLOGIA SOCIAL DE LA SALUD
COMUNITARIA***

PSICOLOGIA SOCIAL DE LA SALUD COMUNITARIA

1.1 MARCO REFERENCIAL DE LA SALUD.

En los marcos de la medicina tradicional, la salud se ha definido por distintas expresiones semiológicas, considerándose como ausencia de síntomas, esto es, como la “ausencia de enfermedad”, esta definición clásica y convencional se asocia a sensaciones; como el malestar, el dolor, la incomodidad, la fiebre, la hemorragia, etc.

De tal modo, que según esta concepción, el estado de salud pasa inadvertido, porque está ligado a parámetros biológicos igual que la enfermedad; la salud es definida como la “normalidad” frente “anormalidad” de la enfermedad, es absurdo; ya que estos parámetros se construyen según la cultura del grupo social. Es decir, el contexto sociocultural determina las actitudes y comportamientos del individuo en relación a la salud y a la enfermedad, al dar contenido a los propios conceptos de salud y enfermedad (Rodríguez, 1995).

El concepto de salud ha cambiado desde el comienzo del siglo, y ha añadido al marco de referencia biológico, el psicológico y el social.

En 1948, el Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la Salud, (OMS), se definió la Salud como: “el estado de absoluto bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de la enfermedad. En esta definición aparecen explícitamente, por primera vez, como componentes de salud dos áreas relevantes del ser humano: la psicológica y la social, que se suman a la biológica dando lugar al concepto “integral” de salud; el cual más tarde se denominaría como “modelo bio-psico-social”. Lo importante del nuevo concepto de salud es la aceptación de que la salud implica factores personales, grupales, sociales y culturales.

Esta concepción renovada de la Salud surge, sobre todo, por el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas frente a las infecciosas y los hallazgos epidemiológicos que ponían de relieve la importancia de los comportamientos en su génesis. (Rodríguez, 1995).

En el año de 1978, la OMS celebró la Conferencia Internacional sobre la “Atención Primaria de Salud” en Alma Ata. En ella se promulgo la Carta Magna, mediante la cual se pretendían coordinar las estrategias que se desarrollarían en el campo de la Salud. El detonante de ello era “la necesidad de una acción urgente” por parte de los gobiernos de todo el personal de salud y de desarrollo, y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo (Becoña, 1995).

Actualmente, además de enfermedades con un alto índice de morbilidad y mortalidad como el cáncer, el Sida, las enfermedades cardiovasculares, etc., las desigualdades de acceso a los servicios sanitarios en función de la posición social, el descenso de la calidad asistencial y el incremento de los costos, son problemas cada día más relevantes.

El cambio de la filosofía de la OMS, pone ahora en énfasis, no en la curación sino en la prevención y promoción, y en la atención de factores que van más allá de lo puramente biológico. Esta mejora pasa por asegurar a todos los ciudadanos las condiciones fundamentales para la salud, reducir los riesgos asociados al estilo de vida, mejorar los aspectos sanitarios de las condiciones de vida y de trabajo, y proporcionar acceso a toda la población a la atención primaria (Cancillo, 1993).

El 21 de Noviembre de 1986, la Primera Conferencia Internacional sobre la “Promoción de la Salud”, emite la llamada: “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”, dirigida a la consecución del objetivo: “ Salud para todos en el año 2000”. En dicha propuesta se consideró necesario manejar una nueva concepción de salud pública y por consecuencia una reformulación en cuanto al concepto de salud, así entonces, se define como: “ **La fuente de riqueza de la vida cotidiana**”, de tal manera que se estructura la salud como un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como aptitudes físicas.

1.2 CONCEPTO DE SALUD

La SALUD se entiende, como el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional que permita los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad (OMS, Ottawa, 1986).

Según esta visión holística o integral de la Salud considera como:

- Un proceso por el cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades actuales y potenciales, teniendo a la plenitud su autorealización como entidad personal y como entidad social.
- Es un concepto dinámico y cambiante, cuyo contenido varía, en función de las condiciones históricas, culturales y sociales, de la comunidad que lo formula y /o acepta.
- Es no sólo un derecho de la persona, sino además una responsabilidad personal que debe ser fomentada y promocionada por la sociedad y sus instituciones.
- Es un problema social y político cuya solución pasa por la participación activa y solidaria de la comunidad.

Así entonces, en este nuevo concepto de salud se admite que para lograr un estado óptimo se deben considerar factores personales, grupales, sociales y culturales; ya que son determinantes, tanto en el origen como en el mantenimiento, evolución y pronósticos de procesos a enfermar. Al respecto Rodríguez Marín, asevera muy acertadamente que “la conducta del hombre sano y la conducta del hombre enfermo no puede comprenderse si se le separa de su contexto social. El hombre vive formando parte de grupos y define su realidad personal por referencia a condicionamientos de tipo social”.¹

A pesar de la relevancia teórica que adquirió este nuevo enfoque integral de la Salud, la práctica del cuidado de la Salud se considera aún una biotecnología aplicada, esto es, sólo atienden los aspectos físicos, biológicos o fisiológicos; descuidando así los aspectos psicosociales de tal forma que la salud se sigue interviniendo únicamente a nivel “curativo”, cuando la salud ya esta en un estado de considerable deterioro.

¹ Rodríguez, Marín J. “Psicología Social de la Salud”, ed. Síntesis, Madrid, (1995), p.25.

1.3 PROCESO SALUD – ENFERMEDAD

La antropología al estudiar la medicina primitiva ha realizado importantes contribuciones a la psicología médica y ha demostrado que las representaciones de una enfermedad (cualquiera que sea el tipo de representación), varían según las culturas. Estudios realizados sobre la medicina primitiva demuestran la existencia de dos grandes polos en la interpretación de cualquier enfermedad: una concepción exógena la cual considera que la enfermedad es algo exterior que se añade al cuerpo; es una intrusión, “real o simbólica de un objeto en el cuerpo del enfermo”. Por el contrario, la teoría endógena considera a la enfermedad como una sustracción, como “un robo mágico al alma del individuo”.

En realidad en toda sociedad existe una separación entre la enfermedad física y la enfermedad socialmente reconocida. En ciertos casos, los trastornos se ignoran o incluso se consideran como signos de buena salud. Por consiguiente, la enfermedad no solo depende de una convención cultural, sino que además, un estado biológico determinado puede ser o no considerado una “enfermedad” según el grupo cultural en cuyo seno se manifiesta.

Claudine Erzlich, ha realizado un estudio psicosocial basado en la relación de dependencia que existe entre la persona y el sistema sociocultural, de los conceptos de salud y enfermedad titulado *Salud y Enfermedad, análisis de una representación social* (Mounton, 1969).

Según esta autora, la salud y la enfermedad son el resultado de procesos sociales, lo que implica que deben estudiarse a partir del análisis de la representación social, “puesto que la salud y la enfermedad dependen de factores como instituciones y normas sociales, conviene estudiar como son percibidas por el individuo y cual es el sentido que les concede”.²

Se considera que la presión social es la raíz de la insalubridad y de la enfermedad. Este carácter malsano de la “Civilización Urbana” se descubre tanto en las conductas como en los resultados. Esto explica la referencia constante al carácter artificial y químico,

² Barrere, J.J. “*Salud y enfermedad en: Psicología Social 1*”, ed. Plaza & Janes S.A. (1992), p.112-118.

antinatural, de los productos ofrecidos al consumo alimentario. El hombre es sano por “naturaleza” pero la sociedad le corrompe. Aquí se encuentra la bipolaridad entre lo endógeno (interior) y lo exógeno (exterior).

La salud como dato inmediato y reserva orgánica, es interior al individuo producto y resultado del conflicto entre el individuo y la sociedad.

Es la presión de la sociedad la que garantiza la unidad de las agresiones del modo de vida (estilo).

Conviene subrayar el carácter dinámico de las relaciones conflictivas que el hombre imagina que existen entre la naturaleza y la sociedad.

Se establecen categorías de ser (sano), de tener (salud) y de crear (salud). Por lo tanto una verdadera salud es la que uno mismo crea (evitar factores de riesgo), la que se manifiesta por un “equilibrio” (conductas saludables) por un desarrollo que se percibe como un excedente que permite enfrentarse a todas las agresiones y que proporciona un sentimiento de bienestar físico, se manifiesta por el buen humor y por las buenas relaciones con el otro en una palabra, por la actividad (Barrere, 1992).

1.4 PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Respecto de la prevención existen varias diferencias, y algunas de las más significativas se organizan en torno al manejo de las representaciones y prácticas culturales como mecanismo de prevención. Mientras que la epidemiología y el salubrismo en general, se caracterizan por el escaso uso de “variables” socioculturales, la socioantropología las considera como sustanciales. Más aún la biomedicina suele ver las representaciones y prácticas de la población como factores que inciden desfavorablemente sobre su salud, las perciben como un saber básicamente a modificar. Esta perspectiva considera además explícita o implícitamente que la población no maneja criterios de prevención.

Sin negar totalmente estas afirmaciones, lo primero que se debe de recuperar es que todo grupo social ajeno a su rango de educación formal, genera y maneja criterios de prevención para los padecimientos que real o imaginariamente afectan su salud en la vida cotidiana. No existen grupos que carezcan de estos saberes, porque los mismos son estructurales a toda cultura, es decir, son decisivos para la reproducción de la misma.

La mayoría de estos criterios preventivos son socioculturales, y punto central, para nosotros, no es tanto considerarlos como comportamientos erróneos o correctos sino asumir que los grupos sociales producen criterios y prácticas de prevención más allá de que sean equivocados o no.

Reconocer esto supondría un cambio radical en la perspectiva salubrista, pues asumiría que los conjuntos sociales no son reacios a la prevención dado que producen y utilizan este tipo de prácticas. En consecuencia, uno de los principales objetivos médicos debería ser la descripción y el análisis de los significados de los saberes preventivos de los grupos, para trabajar a partir de los mismos en un proceso de acción conjunta salubrismo- grupos sociales.

Un problema relacionado directamente con la prevención, y en el cual se han centrado parte de las críticas socioantropológicas a la biomedicina es la potencialidad de que mediante la prevención, y por supuesto a la actividad asistencial, se desarrollen actividades de control social y cultural.

Así pues, la prevención es un concepto relacionado con la enfermedad y la promoción que implica no sólo, la protección y el mantenimiento de la salud, sino también la promoción del óptimo estado vital físico, mental y social de la persona y de la comunidad (Maes, 1991; Salleras, 1985) por tanto la promoción de la salud³, supone la instalación y mantenimiento de comportamientos no solo saludables, sino también aumentadores de las capacidades funcionales física, psicológica y sociales de la persona.

³ Nutbeam, Don. "Glosario de promoción de la salud", En: Promoción de la Salud: Una Antología. ed. OPS-México, (1996) p. 364-385.

El punto de partida de la promoción de la salud es el conjunto de la población en el ámbito de su vida diaria, y no de grupos o individuos determinados. Su meta es potenciar al máximo la salud. “En este contexto la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se pueden considerar como dos actividades distintas, pero complementarias, que se superponen en una serie de situaciones y circunstancias”⁴.

Por lo cual podemos decir que la Promoción de la Salud se realiza grupalmente mediante acciones ejercidas sobre los individuos que les lleve a modificar sus comportamientos para que adquieran y conserven hábitos de salud sanos, aprendan a usar juiciosamente los servicios de salud que tiene a su disposición y estén capacitados para tomar individual o colectivamente, las decisiones que implica la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven (OMS, 1969).

Los programas de promoción y prevención sanitarias se pueden realizar con enfoques individuales, grupales o comunitarios e incluyen:

- Campañas en los medios de comunicación.
- Intervenciones directas personales; ejemplo de ello nuestra intervención en la comunidad de San Miguel Teotongo, en la que se crearon grupos saludables con el objeto de producir cambios en conductas de riesgo.

La Promoción de la Salud se relaciona estrechamente con la **Educación para la Salud o Educación Sanitaria: este término se utiliza para designar a las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada.**

La educación para salud ha estado hasta ahora ligada a la prevención de la enfermedad, como medio susceptible para modificar los comportamientos identificados como factores de riesgo de determinadas enfermedades. Se trata fundamentalmente de una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promuevan la salud.

⁴ Nutbeam, Don (1996) *Ibid.*, p. 386.

Sin embargo, la educación para la salud no se preocupa solo de los individuos concretos y de sus conductas saludables y de riesgo. En el ámbito de la promoción de la salud es también necesario poner en práctica diferentes formas de educación para la salud, dirigidas hacia los grupos, las organizaciones y hacia las comunidades enteras.

Estas actividades educativas pueden servir para concienciar sobre las causas económicas, ambientales, estilo de vida en salud y de la enfermedad; por ello, la intervención en la Escuela Secundaria Diurna No. 267 “Teodoro Flores” con la finalidad de generar reflexión en los adolescentes respecto a los riesgos de un embarazo a edad temprana.

Esta evolución de la educación para la salud significa una superación del papel que tradicionalmente se le ha atribuido, limitado fundamentalmente a cambiar conductas de riesgo y se convierte así en potente instrumento para el cambio. Para ello es necesario que su contenido incluya informaciones que, por ejemplo, demuestre la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios ambientales, económicos o sociales que favorezcan la salud.

De este modo la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud quedan estrechamente entrelazadas por:

- La promoción de la salud depende, en esencia, de la participación activa de una población bien informada en el proceso de cambio y,
- La educación para la salud es una herramienta de vital importancia en este proceso (Nutbeam, 1996).

Y puede entenderse como una combinación de cuatro pasos:

- Análisis del problema
- Identificación de los determinantes de la conducta
- Intervención comportamental
- Evaluación

La educación para la salud se dirige primordialmente a personas sanas con el objetivo inicial de prevenir la enfermedad, pero también para mejorar la calidad de la salud (Ewyes y Simnett, 1985)

Es necesario, pues crear condiciones generativas de salud manteniendo y consolidando una comunidad despierta a esferas que van más allá de la reproducción. Dichas condiciones nos acercarán al ideal de una sociedad civil, fuerte, justa y sana.

1.5 INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Para comprender la Intervención Comunitaria es necesario definir primeramente lo que se entiende por comunidad, la cual está conformada por individuos asociados, vinculados entre sí, con características propias y diversas al mismo tiempo. Un elemento estructural es el ambiente físico, dentro del contexto comunitario el ambiente físico esta conformado por las viviendas (espacio reservado a actividades propias del grupo familiar o del habitante único) y el espacio exterior a las misma, en cual representa en espacio semipúblico y conocido usualmente como vecindario o barrio.⁵

Los elementos estructurales deben ser concebidos dentro de un sistema, en el que los aspectos físicos de la comunidad se encuentran inmersos dentro de la vida comunitaria, al tiempo que son el escenario para el desarrollo de los aspectos funcionales. Estos están constituidos por los que podríamos llamar el proceso de la existencia misma de la comunidad, es decir, todo lo que resulta de la interacción entre los individuos y su medio ambiente. La aparición de estos elementos es solo posible a partir de la articulación es de elementos estructurales.

Lo que da acepción a la comunidad es el sentido de pertenencia a una colectividad mayor, la cual es parte de este significado; el sentido de que aunque haya conflicto entre las necesidades del individuo y las de la colectividad, o entre diferentes grupos, estos conflictos deben ser resueltos de forma que no se destruya el sentido psicológico de comunidad; el sentido de que hay una estructura de relaciones que se fortalecen y no se diluyen en sentimientos de soledad (Sarason, 1974).

⁵ Ander- Egg, Ezequiel., “Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad”, de. EGRO, Buenos Aires Argentina.

El propósito de la intervención social, es la mejoría de la condición humana a través de esfuerzos dirigidos principalmente hacia la asistencia de los pobres, los menos privilegiados y dependientes para enfrentarse con sus problemas y los de su comunidad para mejorar o mantener una mejor calidad de vida.

La intervención en comunidad se encamina a incrementar o proporcionar todos aquellos recursos que son necesarios para afrontar los problemas. Uno de los medios más conocidos para alcanzar este objetivo es a través del apoyo social, el fortalecimiento del sentido de comunidad, y en definitiva la definición de todos aquellos recursos emocionales, materiales e instrumentales que conlleven a la mejor adaptación al medio.

La intervención tiene que situarse creando las condiciones de vida necesarias para mejorar la situación social de grupos marginados.

1.6 PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Según Fernández Alonso (1978), “Psicología de la Salud: es el agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas”⁶

Por otro lado, Taylor la define como el “campo dentro de la Psicología que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a este y como responde una persona cuando esta enferma”.⁷

⁶ Becoña, E. y cols. “Estado Actual y perspectiva de la Psicología de la Salud”, En: Revista Psicológica Contemporánea No.3, Vol. II, ed. Manual Moderno, España, (1995), p. 109.

1.6.1 Áreas de aplicación de la Psicología de la Salud

Según Taylor (1986) son:

- El psicólogo de la salud está interesado por los aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud.
- Estudian los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad.
- Se enfocan a la atención sobre la etiología y los correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones. La etiología hace referencia a los orígenes o causas de la enfermedad y los psicólogos están especialmente interesados por los factores psicosociales que contribuyen a la salud y a la enfermedad.
- Están interesados en el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes y desarrollan recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario.

1.6.2 Teorías de la Psicología de la Salud

Haremos alusión a algunas de las teorías que se aplican dentro de la Psicología de la Salud:

- Teoría del Aprendizaje Social
- Teoría del Control de la Compuerta de Percepción del Dolor.
- Teoría de la Comunicación e Interacción Humana
- Teoría del doble vínculo

1.6.3 Métodos de Psicología de la Salud

A continuación mencionaremos algunos de los métodos que se aplican dentro de la Psicología de la Salud:

- Método de Modelamiento
- Método de Condicionamiento Encubierto
- Método de Evaluación del Dolor

⁷ Latorre, Postigo, J. "Psicología de la Salud" ed. Lumen, Buenos Aires, (1994), p.20

- Método de Comprensión
- Método del recuerdo

1.6.4 Categorías de Psicología de la Salud

Dentro de las categorías más importantes se encuentra:

- El estrés
- La personalidad
- El apoyo social

De tal manera, que la Promoción de la Salud, es entendida como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente.

Es necesario señalar que la promoción de la Salud es una parte importante de la Psicología Social, para esto tuvo que pasar momentos críticos y momentos históricos de relevancia.

La crisis por la que atravesó la Psicología Social en los años 60's debido a su aislamiento de otras ciencias sociales en su línea positiva de trabajo, a la desvinculación de la teoría con la realidad social y a la irrelevancia de sus investigaciones, entre muchas otras razones, planteó la necesidad de nuevas y mejores alternativas que permitieran contrarrestar la crisis.

Una de esas alternativas vendría a ser lo que conocemos hoy como la Psicología Comunitaria vista como una forma de Psicología Aplicada cuya tarea es la búsqueda de soluciones a problemas concretas de la sociedad y el logro del cambio social (estructural y funcional).

La Psicología Comunitaria surge en la década de los sesenta en Estados Unidos y solo hasta los setenta la noción de ésta comienza a manejarse.

La Psicología Comunitaria debe entenderse, como una psicología con la Comunidad que ve en el Psicólogo un facilitador social y a la comunidad como un sujeto de conocimiento y transformación. Cuyo objeto es estudiar los factores psicosociales que permitan desarrollar,

fomentar y mantener el control y poder que los individuos puedan ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en las estructuras sociales (Montero M. 1982).

Para ello es indispensable abordar la salud y la enfermedad desde una **“Salud Comunitaria”**. La cual trabajaría en la mejoría de la calidad y oportunidad de servicios de promoción y educación para la salud, prevención y curación de las enfermedades, así como en la rehabilitación, ejecutados por grupos interdisciplinarios, a través de su coordinación para el logro del bienestar de la comunidad.

Así pues la aproximación al tipo de relaciones que guardan la Comunidad y la Psicología, se encuentra el papel y desempeño de la Psicología Social Comunitaria en la creación de programas de promoción social (Algara, 1981). Desarrollo de la Comunidad, Educación Concientizadora y Política Militante. Tal es el caso de la participación que ha desarrollado la Psicología Social en el Area de la Salud con la planeación de programas destinado a Promocionar la Salud en Comunidades populares que demandan este servicio.

1.7 PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD

El concepto de salud implica factores de orden físico, mental y social; así como dos áreas relevantes: la psicológica y la social, que sumadas a la biológica atienden de manera integral la naturaleza humana.

De este modo, se le adjudica una gran importancia a los factores de orden psicosocial en salud, en cuanto a su implicación en la etiología, tratamiento, rehabilitación y consecuencias sintomáticas de la enfermedad, así como la prevención de la enfermedad y promoción de conductas saludables, ejemplo de ello la toma de decisiones responsables en el ejercicio de su sexualidad.

El hombre vive formando parte de grupos o define su realidad personal por referencia a condicionantes de tipo social. Desde esta perspectiva la conducta del hombre sano y la

conducta del hombre enfermo no puede comprenderse si se le separa de su contexto social; los servicios sanitarios, tales como promotores, preventivos, curativos y rehabilitadores; se integran en organizaciones que se ajustan a determinados procesos sociales.

Así entonces la psicología de la salud, se ocupa de la etiología de las conductas de enfermedad; y por ende, su trabajo es tomar en cuenta que el cambio de dichas conductas no sólo se da en proporción a la destreza personal, sino que debe considerarse también que estas son el resultado de la interacción entre la persona y su entorno social.

De este modo, encontramos que la contribución de la psicología social han servido y sirven para avanzar en el plano de la promoción y mantenimiento de la salud, su prevención y atención a la enfermedad, mejora al sistema sanitario y participación en las políticas sanitarias.

En resumen, dado que la psicología de la salud es la aplicación de la psicología científica a los problemas de la salud, la psicología social de la salud es constituida por la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la psicología social a la comprensión de tales problemas, y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención en ese marco. La esencia de la aportación psicosocial es el análisis de todas las posibles interacciones implicadas en el proceso de enfermedad.

La conducta relacionada con la salud y la enfermedad se aprende o se realiza en un contexto social, por lo cual un abordaje puramente individual probablemente solo ofrecería una perspectiva muy limitada de las relaciones entre conducta y enfermedad, puesto que el contexto sociocultural determina las actividades y comportamientos del individuo con relación a la salud y a la enfermedad; este contexto es el que determina el papel social del enfermo y en muchas ocasiones la aparición de nuevos problemas de salud, además asigna un contenido estigmatizante a ciertas enfermedades (como el Sida) y la bondad de determinadas causas para otras.

En suma la conducta del hombre sano y la conducta del hombre enfermo no puede comprenderse si se le separa de su contexto social; los servicios sanitarios se integran en

organizaciones que se ajustan a determinados procesos sociales y conocimiento de todos estos aspectos nos permitirá una mejor comprensión de los mismos, además de que nos proporcionará herramientas para facilitar la interacción del usuario con la organización sanitaria.

De acuerdo con Rodríguez Marín (1994), la influencia del contexto social (concretamente de los grupos sociales), se puede determinar en las áreas como:

- Teorías, definiciones o interpretaciones de la enfermedad
- La expresión de síntomas
- Las conductas orientadas a la salud
- Las relaciones entre el profesional de la salud y enfermo
- Los hábitos saludables

1.7.1 Teorías y modelos de la Psicología Social de la Salud

El comportamiento individual se produce en la intersección de los dos tipos de sistemas, de forma que los acontecimientos sociales y los acontecimientos biológicos tienen un impacto recíproco sobre tal comportamiento que, al mismo tiempo lo tiene sobre la integridad funcional de la persona. De este modo, las teorías más funcionales en el comportamiento individual han de ser complementadas con teorías más centradas en el marco social, como las teorías de la influencia social, de la comparación social, y otras, que explican el desarrollo y establecimiento de estilos de vida insalubres, asumiendo la hipótesis de que los comportamientos no son elementos aislados del contexto social.

Habiendo personas que adoptan transitoriamente e incorporándose a su estilo de vida, comportamientos promotores o protectores de la salud, dichos comportamientos se incluyen dentro de las denominadas conductas de salud y tienen una función básica preventiva, en la cual, para que una persona lleve a cabo comportamientos protectores de la salud depende de factores motivacionales ligados a su percepción de la amenaza que la enfermedad constituye para ella, la eficacia que cree que la conducta tendrá para reducir la amenaza y la que sobre ella ejercen los comportamientos.

Los modelos que explican estos comportamientos en el marco social son:

- Modelo de creencias sobre la salud (Becker y Maiman, 1975)
- Teorías de la Acción Razonada (Fishben y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishben, 1980)
- Teoría de la Acción Social (Ewart, 1991)

1.7.2 Areas de intervención de la Psicología Social de la Salud

Para mejorar la calidad asistencial, la psicología social aporta su arsenal metodológico y conceptual para el análisis y modificación de las actitudes de la población, y de los profesionales sanitarios, respecto a los servicios de salud.

Ofrece también la explicación de cómo los mecanismos de influencia social junto con el sistema socio-cultural, inciden en el estilo de vida y en el uso de los servicios sanitarios.

La psicología social aporta también las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales y programas de manejo del estrés para el personal del equipo de salud, técnicas, coordinación y funcionamiento del equipo sanitario, técnicas de organización y aprovechamiento de recursos. Participa también en el estudio de necesidades de la población, con el fin de establecer prioridades e integrarlas con las políticas de salud; así mismo, colabora en la implantación de los programas propuestos, y en su difusión a través de los medios de comunicación social. Otro de sus focos de interés, lo constituye el estudio del impacto de nuevas tecnologías, tanto en el nivel de salud como en su cuidado.

Contribuyendo de esta manera la psicología social de la salud, al campo del proceso enfermedad, en el estudio de la percepción de los síntomas por parte de los pacientes. La construcción social de la enfermedad y de la salud en nuestra cultura, los efectos de las actitudes de los profesionales de la salud sobre el diagnóstico, el tratamiento y proceso de rehabilitación, así como de las actitudes de los enfermos y sus familias acerca de estos mismo procesos.

Así entonces, la psicología contribuye al estudio de los factores psicosociales asociados al padecimiento de la enfermedad en cada una de sus faces (etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) con el fin de mejorar la curación, rehabilitación y adaptación a la enfermedad. También estudia los factores psicosociales que promueven, mantienen o agrava el proceso de la enfermedad, sobre la base de la teoría del rol, las teorías de la reactancia, las teorías de la atribución, de la disonancia cognitiva y de las investigaciones sobre el afrontamiento del estrés y apoyo social.

Capítulo 2

***CONTEXTO HISTORICO
DE
SAN MIGUEL TEOTONGO***

CONTEXTO SOCIAL DE SAN MIGUEL TEOTONGO

Es considerable el estudio y la participación en las comunidades, ya que es importante la intervención en éstas, para el conocimiento de las formas de vida que tienen las personas. Por lo cual, la comunidad es una unidad social, y cuyos miembros participan en algún rasgo, interés, elemento o función común, como conciencia de pertenencia, situado en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interaccionan más intensamente entre sí que en otros. De tal forma que es pertinente la labor y la participación de aquellos que aun siendo miembros físicos de la comunidad están dispuestos a trabajar con ella. Por tal motivo en esta investigación se participó en La Sierra de Santa Catarina, específicamente en la Colonia San Miguel Teotongo, y en particular con los adolescentes de la Secundaria Diurna No. 267 <<Teodoro Flores>>, del Turno Vespertino.

Es importante hacer una revisión histórica del fenómeno de urbanización, así como los efectos que trae consigo.

2.1 EL FENÓMENO DE URBANIZACIÓN

El fenómeno de urbanización pondera sus efectos no sólo en la economía a nivel mundial, sino además en los procesos sociales, generando así nuevos fenómenos, entre ellos el hacinamiento humano, que trae consigo una serie de procesos sociales tales como: la delincuencia, el suicidio, entre otros; a los cuales los sociólogos les denominan trastornos sociales. Estos procesos no se dan en el vacío social de la gran urbe, se localizan específicamente en núcleos sociales, uno de los cuales es el ámbito familiar; de manera que el proceso urbano también repercute en la estructuración familiar.

El gran desarrollo de las ciudades y de las formas de vida es uno de los fenómenos que caracteriza a nuestra civilización, de manera que, la población predominantemente rural ha emigrado a las grandes urbes, y se ido convirtiendo en urbana. De tal manera que la

población rural corresponde a 27,589,924 habitantes (28.7%), mientras en el área urbana asciende a 57,959,721 habitantes (71.3%).

En esa transformación encontramos que se ha ido acumulando una población constante de emigrantes que se distribuye en las franjas más miserables y abandonadas e invaden propiedades ajenas o zonas de inadecuadas condiciones urbanas. Así, entonces encontramos que, la transformación industrial es incongruente porque el ritmo de crecimiento es muy superior a las posibilidades de previsión de las autoridades, a su capacidad de controlar y asimilar los problemas y generalmente a su escaso crédito.

El crecimiento urbano en América Latina no posee un avance proporcional a la moderna industria pues pese a que existe un aumento en los servicios de utilidad pública, tiene como contrapartida el escaso desarrollo en el ámbito de la enseñanza y la salubridad.

Otra de las consecuencias del fenómeno urbano-industrial, es que las grandes urbes contienen una porción de la población que no goza plenamente de las mieles del urbanismo, y es dentro de este grupo que encontramos a aquellos emigrantes que día a día siguen llegando a la gran urbe; su poca o nula experiencia en el medio les imposibilita ser enlistados de manera inmediata en las filas de la producción industrial, causa por la cual para poder mantenerse dentro de esta área buscan medios alternativos de la subsistencia, tales como; ocupaciones manuales, o el subempleo, ambos calificados y devaluados por el mercado laboral urbano.

El proceso de adaptación de la ciudad tradicional a las nuevas condiciones creadas por el crecimiento masivo de la población se caracteriza por cuatro mecanismos típicos que permitieron a las grandes concentraciones urbanas ofrecer alguna salida a la demanda ocupacional de una población en acelerado crecimiento:

- La supervivencia en gran parte de las estructuras productivas y comerciales tradicionales.
- La expansión de la población ocupada en la prestación de servicios.
- El mantenimiento de muchos de los patrones familiares y tradicionales.
- La expansión de las poblaciones urbanas marginales.

La concentración urbana ha dado origen en nuestras sociedades ha nuevas estructuras sociales, por supuesto a estas corresponden nuevas formas de pensamiento y de conducta. La industrialización rompió la homogeneidad cultural y también las concepciones tradicionales de la vida, las que sustituyeron cambiaron, y por consecuencia, la orientación de las instituciones sociales, en particular la familia.

Como se ha mencionado las relaciones sociales se transformaron y con ella la estructura y función familiar; muchas de las funciones que cubría el núcleo familiar son traspasadas a la comunidad. La división obliga a la familia a delegar gran parte de sus funciones a otras instituciones quedando así reducida a una función personalista, es decir, quedando responsable solamente en el orden afectivo, sexual y de reproducción.

2.1.1 Antecedentes generales del proceso de urbanización en la Ciudad de México

El proceso de urbanización en México se deriva del aumento en el tamaño y número de ciudades- localidades de más de 15,000 habitantes, que se elevan de 119 en 1960 a 229 en 1980. Una característica importante del sistema de ciudades es la preeminencia de la Ciudad de México, que absorbe el 20% de la población total nacional, hecho que se encuentra ligado al mercado laboral que ofrece desde 1521, al fundarse como ciudad española.⁸

En 1824 se crea el Distrito Federal y es hasta 1898, que se delimita su superficie actual a 1483 km² siendo subdividido en municipalidades. Durante el Porfiriato se convierte en centro ferrocarrilero y con ello, se consolida como núcleo industrial dentro de un sistema centralista federal.

Como Distrito, sufre diversas reorganizaciones geopolíticas y económicas, producto de la revolución y de los distintos gobiernos. Esta situación, que en 1928 con las reformas al Artículo 73, fracción VI de la Constitución, sus pobladores perdieron el derecho a un gobierno autónomo al abolir el general Obregón el municipio libre en el Distrito Federal.

⁸ Garza, Gustavo. "Atlas de la Ciudad de México", Fascículo 1, COLMEX, México, (1988) p.11-15.

Es bajo la administración de Emilio Portes Gil, que surge el Departamento del Distrito Federal con dependencia directa del presidente, y es subdividido en 12 delegaciones. Este tipo de Organización supone, una forma alternativa del municipio para propiciar la participación ciudadana, a través de un Consejo Consultivo y Asociaciones de Residentes. No obstante actualmente existe una demanda creciente para que el Distrito Federal se convierta en un estado más de la federación, a fin de que los habitantes gocen de los mismos derechos que los ciudadanos de otras partes del país.⁹ Esta situación cobra vital importancia en todos los ordenes, ya que de acuerdo a la Ley Orgánica del D.D.F. de 1941, la Ciudad de México se convierte en ciudad capital de los Estados Unidos Mexicanos, y con su vertiginosa dinámica de expansión, actualmente agrupa a 16 Delegaciones (San Miguel Teotongo pertenece a la Delegación Iztapalapa), 53 municipios del estado de México y uno del estado de Hidalgo, que le dan categoría de metrópoli, de acuerdo con los señalamientos de la ONU, siendo la tercera en importancia a nivel mundial.

De acuerdo a los datos arrojados por el X censo general de población y vivienda de 1980, se registra una población de 10.8 millones de habitantes, con una densidad promedio de 2,341 habitantes por kilómetro² y una tasa anual de crecimiento estimada del 4.4%, que la convierte en la Ciudad con el ritmo más alto de crecimiento en el mundo.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda del INEGI, el crecimiento de la población de 1950 a 1995 fue de la siguiente manera: 1950: 25,791,017 hab.; 1970: 48,225,238 hab.; 1990: 81,249,645 hab.; 1995: 91,158,290 habitantes.

Así mismo, se considera que el 22% de la población económicamente activa del país, se concentra en el área metropolitana. Como lo muestra la siguiente tabla.

Tabla 1*

Entidad Federativa	Total
Estados Unidos Mexicanos	91,158,290
Distrito Federal	8,489,007
Edo. de México	11,707,964

* Censo de Población y vivienda 1995 (INEGI)

⁹ Ibidem. p.379-386.

Además la distribución de la población por grupos quinquenales de edad según sexo en 1995, se presenta en la tabla 2.

Tabla 2*

Grupos de edad	Total	%	Población Hombres	%	Población Mujeres	%
Estados Unidos						
Mexicanos.....	91,158,290	100 %	44,900,499	49.27%	46,257,791	50.73%
0-4.....	10,724,100	11.76%	5,444,356	5.98%	5,274,744	5.79%
5-9.....	10,867,563	11.92%	5,515,644	6.05%	5,351,919	5.87%
10-14	10,670,048	11.71%	5,404,261	5.93%	5,265,787	5.78%
15-19	10,142,071	11.13%	5,022,243	5.51%	5,119,828	5.62%
20-24	9,397,424	10.31%	4,538,626	4.98%	4,858,738	5.33%

* Fuente: Censo de Población y Vivienda 1995 (INEGI)

En lo que respecta a los servicios, estos han crecido aceleradamente sobre todo en las delegaciones políticas, aunque no así en zonas conurbadas, que han tenido un crecimiento desorbitado por el surgimiento de asentamientos irregulares (San Miguel Teotongo), originados por la alta tasa de inmigrantes de otros estados a la Ciudad de México, en busca de empleo y mejores condiciones de vida.

Como lo es en el caso de la Sierra de Santa Catarina, que a continuación se expondrán brevemente las características generales, para un mejor análisis y comprensión del proceso de intervención en esta zona, el cual forma parte del **Proyecto de Autodesarrollo Integral de la Zona Sur Oriente de Iztapalapa (ZOSOI)**. Rescatando las iniciativas públicas ciudadanas desarrolladas en la zona, principalmente la de San Miguel Teotongo con el objeto de mejorar las condiciones de vida de sus habitantes a través de la construcción de un poder civil que sea capaz de impulsar y llevar a la practica una propuesta de política social para la ciudad.

2.2 DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA DE LA SIERRA DE SANTA CATARINA

La **Sierra de Santa Catarina**¹⁰ es una **región montañosa** (formado por pequeños volcanes y domos volcánicos), ubicada al Oriente de la Ciudad de México en la Delegación Iztapalapa. Esta integrada por 47 colonias (San Miguel Teotongo pertenece a una de éstas), y cuenta aproximadamente con 350,900 habitantes, de las cuales 178,000 son hombres y 172,000 son mujeres.

Sus **límites geográficos** son: al Norte la autopista México- Puebla; al Sur con la colonia San Lorenzo Tezonco; al Este se encuentra la Delegación política de Tláhuac y al Oeste la Calzada Ermita Iztapalapa.

En lo que se refiere al **suelo** está constituido básicamente por piedra volcánica (tezontle) y arena.

En relación, al **medio ambiente** la Sierra de Santa Catarina forma una barrena natural para los vientos del sur, además de que cuenta con una amplia superficie de 18.29 kilómetros que recibe una cantidad importante de agua, la cual aumenta la recarga de los mantos acuíferos de la zona. La vegetación es propia de las regiones desérticas; matorrales, arbustos, plantas medicinales. La fauna está compuesta por lagartijas, serpientes de cascabel, ratón de campo, rata de campo, zorrillo, gavilán, murciélagos, ardillas, gorriones, etc. La creciente urbanización, aunado a la falta de conciencia ecológica ha puesto en peligro la zona ecológica de la Sierra.

Es importante mencionar que es una zona receptora de los inmigrantes provenientes del interior de la República (Oaxaca, Morelos, Michoacan, Guerrero y de otros estados del interior del país), además una tercera parte de la población que habitó la Sierra de Santa Catarina, llegó de colonias del centro de la Ciudad (la Candelaria, La Morelos, La Obrera,

¹⁰ DECA, Equipo Pueblo. "La Sierra de Santa Catarina", ed. Equipo Pueblo, México, (1996) p. 1-62.

La Guerrero); San Miguel Teotongo fue uno de los desplazamientos urbanos de estas colonias en donde se verificó el reacomodo de los pobladores pobres.

La **infraestructura de las viviendas** en su mayoría, son construcciones que están trazadas para edificarse por manzanas aunque lo accidentado del terreno, obliga a edificar construcciones irregulares. Gran parte de las construcciones en las zonas baja y media, son de mampostería y cuentan con la mayoría de los servicios públicos y equipamiento urbano, sin embargo, en la parte alta de la Sierra las construcciones son de cartón, madera, lámina de asbesto y de otros materiales.

2.2.1 Origen y desarrollo histórico

El origen y crecimiento de las colonias que conforman a la Sierra de Santa Catarina, han sido producto de una lucha política, constante de la población por un lado y de los intereses electorales de las autoridades gubernamentales por el otro.

Las causas de los asentamientos en este lugar son, entre otros, por la profunda crisis económica del país que deviene en el encarecimiento del terreno, la vivienda y los servicios públicos en la ciudad y la falta de oportunidades en el medio rural.

Por lo cual, la participación de la comunidad es una lucha más por las necesidades que por plena convicción; por ejemplo, la regularización de la tierra y la obtención de los servicios públicos ya que así lo demandaban. La organización de diversos frentes iba desde los independientes hasta los que pertenecían al Partido Revolucionario Institucional (PRI).

También el gobierno creó sus propias formas de participación ciudadana ya fuera para reafirmar su presencia y control o para desaparecer a los grupos independientes a pesar de ser vistos como grupos antagónicos, su origen de clase era muy similar, es así como se pasa a la gestión y a una interlocución con autoridades del gobierno, no siendo la adquisición de bienes y servicios para la población, motivo único de acuerdos con el gobierno, sino también, la adquisición de puestos gubernamentales.

Del 14% que llegaba a representar la participación de la población en alguna organización vecinal, se estimaba que el 6% lo hacía en organización de colonos independientes, que a pesar del transcurso del tiempo aun siguen existiendo, sobre todo en las colonias de San Miguel Teotongo, Lomas de la Estancia y Xalpa.

Entre sus principales **actividades económicas** se sitúan las del sector industrial, comercial, de servicios y agropecuario, particularmente el tipo de ocupación mayormente vista son aquellas remuneradas por abajo del salario mínimo, como la albañilería, el comercio ambulante, entre otras, mientras que por otro lado, una cifra considerable de madres de familia sigue dedicándose de lleno a las labores del hogar.

En lo que se refiere al **área de Salud**, los habitantes de la Sierra de Santa Catarina no cuentan con la suficiente atención médica, la cual debiera de recibir pues sus condiciones de salud así lo demuestran: la población en su conjunto padece de enfermedades de origen respiratorio (60%) como gripas por resfriado e infecciones, inflamación de anginas, bronquitis y neumonía. Después de éstas se ubican las enfermedades de carácter gastrointestinal, como malestares estomacales e intestinales con diarreas y vómitos, estreñimientos, indigestiones y apendicitis, por último, también se incluyen (4%), entre las que prevalece la diabetes principalmente. No obstante la falta de atención médica se debe por completo a la cultura de cada persona en cuanto a cómo y dónde curarse (instituciones públicas, instituciones privadas, médico particular o remedios caseros) sino, antes, bien a su posibilidad económica para solventar los costos de este tipo de servicio.

En la Sierra de Santa Catarina sólo en 18%, hablando de trabajadores que laboran en el sector gobierno, tienen acceso a la seguridad social y a la atención médica por parte de instituciones del gobierno, lo que hace pensar en abrir nuevas posibilidades de atención médica, sobre todo a la población de escasos recursos.

2.3 DESCRIPCIÓN DE SAN MIGUEL TEOTONGO

San Miguel Teotongo es una de las 47 colonias que integran los asentamientos urbanos de la Sierra de Santa Catarina, esta ubicada al Oriente de la Ciudad de México, ubicada entre las colonias de Lomas de Zaragoza, ampliación los Reyes, Ixtlahuacan y Emiliano Zapata de la Delegación Iztapalapa.

San Miguel cuenta con 18 secciones (específicamente nuestra intervención fue en la sección Capilla) y con una población aproximada de 70,000 habitantes.

En la zona cuenta con pocas vías de acceso las cuales inician y desembocan en la Calzada Ermita Iztapalapa, cabe mencionar que cuenta con un 90% de pavimentación en sus calles.

El desarrollo y progreso ha sido producto del esfuerzo continuo de un conjunto de colonos organizados alrededor de la Unión de Colonos. Esta organización surgió en 1975, la cual ha luchado por mejorar las condiciones de vida de sus habitantes. De sus logros se encuentran las cocinas populares, desayunadores, programas de reproducción y demás servicios hasta hoy todavía en vigencia.

En su sistema familiar, estas en su mayoría son extensas, es decir, compuestas en promedio de 8 integrantes, quienes en ocasiones comparten el mismo terreno. Por lo cual, en una misma casa habitan dos o más familias; las cuales siguen los patrones tradicionales en donde el padre y la madre son la máxima autoridad, los abuelos tienen la representatividad más no así, la injerencia. La responsabilidad económica de los hogares recae principalmente en los padres e hijos varones. Sin embargo, actualmente la mujer se ha incorporado cada vez más al sector laboral.

Por otro lado, gran parte de la población esta conformada por jóvenes adolescentes, los cuales carecen de oportunidades adecuadas debido a la recesión económica, como es el desempleo, la falta de planteles educativos, centros culturales y deportivos, etc., originando con ello problemas de salud como: alcoholismo, drogadicción, violencia, delincuencia, **embarazos en adolescentes**, etc., su migración para obtener mejores niveles de bienestar.

Además cuentan con pocos servicios de atención a la Salud, específicamente en el área de Salud Sexual y Reproductiva, contribuyendo a un bajo control de natalidad.

La escolaridad de sus habitantes es baja y difiere por sexo y edad; se calcula que un 30% de personas no saben leer ni escribir. Así mismo, se sabe que las mujeres adultas llegan hasta la secundaria, mientras que los hombres sólo concluyen la primaria.

Actualmente, algunos jóvenes rebasan esos niveles llegando un mínimo al nivel medio superior, e incluso, al superior.

En particular en esta investigación, se aborda desde el aspecto Psicosocial la situación del embarazo en los y las adolescentes que tiende a generar problemas de salud en el ámbito físico, psicológico, social, por tal motivo el Modelo Investigación Acción Participativa cobra relevancia por ser un proceso en el que el adolescente forme y tome parte de las actividades que lo conduzcan en forma real y efectiva hacia la toma de decisiones respecto a su actividad sexual.

Sin bien es cierto, que esta problemática es común en diferentes sectores existen rasgos y matices que las hacen ser peculiar unas de otras, siendo estas particularidades las que al científico social le interesan.

De tal manera que la intervención en comunidades, es una práctica que requiere de análisis constante, como lo es en el caso de San Miguel Teotongo, la cual se distingue por su organización social que practican, por la participación que han tenido en diversas esferas como la política, social y económica.

Capítulo 3

ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

3.1 LOS PROCESOS DE CAMBIO DEL ADOLESCENTE EN SU DESARROLLO SEXUAL

En este capítulo se aborda la etapa de la adolescencia ya que es una de las más importantes en la vida del ser humano, es un período donde se hace necesario un conjunto de ajustes del individuo, para funcionar con respecto a sí mismo y con el medio, y a la vez estos ajustes inciden y se matizan por el medio social y cultural, donde el individuo se desarrolla, además en esta etapa se alcanza un desarrollo sexual, más no la madurez, la cual supone la capacidad reproductora que puede conllevar a un embarazo en este período.

La vida del hombre se puede dividir en etapas, cada una con características propias que las hacen diferentes unas de otras como son:

- Niñez o infancia
- **Adolescencia**
- Juventud
- Madurez
- Vejez
- Senectud

Es pertinente definir conceptos básicos que contribuyan para una mejor comprensión de esta etapa.

Literalmente el vocablo **adolescencia** proviene del verbo latín “**adolescere**”, que significa “**crecer**” o “**llegar a la maduración**” esto no solo significa el crecimiento físico sino también el mental. En el aspecto somático representa alcanzar una estatura adulta, la adquisición de rasgos físicos característicos del individuo adulto y el desarrollo del aparato reproductor que hace posible la procreación.¹¹

La adolescencia es un período del desarrollo humano que se inicia con la pubertad y culmina al alcanzarse la madurez adulta. No se pueden asignar límites precisos, pero en términos generales abarca el lapso que queda entre los doce y los dieciocho años.¹²

La adolescencia se define como el período de transición entre la infancia y la juventud en el que acontece transformaciones físicas, psíquicas y sociales, al cabo de las cuales debe de quedar forjada la personalidad.¹³

Es una época de rápido cambio fisiológico y psicológico, de reajuste intensivo a la familia, la escuela, el trabajo y la vida social y de preparación para roles adultos.

Los procesos de socialización adolescente y del cambio de rol son potencialmente factores de estrés asociados con tales cambios pueden identificarse tareas madurativas específicas de la fase, en particular el desarrollo físico, cognitivo y emocional.

Estos cambios físicos están relacionados con la sexualidad, y dan origen a una serie de modificaciones en la conducta.

Los aspectos conductuales que más se ven afectados por estos cambios físicos son el intelectual, el psicológico y el social.

A. Cambios Físicos.

Los cambios físicos se inician a consecuencia de la secreción de hormonas producidas por la hipófisis.

La hipófisis es una glándula de secreción interna, localizada en la base del cerebro, que secreta unas hormonas llamadas gonadotropinas, las cuales ejercer su acción sobre las gónadas, o sea, ovarios y testículos, regulando en desarrollo sexual de la mujer y del hombre respectivamente.

¹¹ Hurlock, E. "Psicología de la Adolescencia", ed. Interamericana, Nueva York, (1970) p. 128.

¹² Harré, Rom. "Diccionario de Psicología Social y Personalidad", ed. Paidós. Barcelona, México, (1997) p.23

Las hormonas gonadotrópicas a que nos referimos son:

- a) Estimulante de los folículos (HEF)
- b) Hormona luteinizante (HL)

En el hombre la HEF actúa sobre los testículos preparándolos para la producción del semen y la HL tiene una tarea muy importante: producir la testosterona, conocida como hormona sexual masculina.

La testosterona propicia que en el varón se presenten los caracteres sexuales primarios y secundarios que se manifiestan a través de cambios físicos internos y externos.

Los caracteres sexuales primarios se refieren exclusivamente al aparato reproductor. Sin embargo, los secundarios se refieren a otros varios aspectos como:

- Huesos más largos y pesados
- Músculos más grandes
- Piel más gruesa y más fuerte
- Voz grave
- Aparición de vello corporal principalmente en piernas, pecho y cara
- Aparición de vello púbico y axilar

En la mujer las hormonas gonadotrópicas actúan sobre los ovarios. Las HF actúan sobre los ovarios dando lugar a que estos produzcan los estrógenos que generan los cambios físicos que se presentan en la mujer, es decir, los caracteres sexuales primarios y secundarios. Igual que en el caso de los varones, los caracteres sexuales primarios se refieren al aparato reproductor.

Los caracteres sexuales secundarios más notorios en la mujer son:

- Desarrollo de los senos
- Ensanchamiento de la pelvis
- Aparición de piel blanda y suave en piernas y caderas
- Acumulación de grasa en las caderas
- Crecimiento de vello púbico y axilar

¹³ Vidal, Ismael. “Orientación educativa”, ed. Trillas, México, (1998) p.71.

Cuando las hormonas gonadotrópicas son insuficientes las gónadas no efectúan su secreción normal, y a causa de esto los caracteres sexuales secundarios se retrasan, aparecen incipientemente o no se presentan.

Cuando la secreción de hormonas gonadotropicas es excesiva, se presentan precozmente los caracteres sexuales secundarios.

La menstruación en la mujer y la primera eyaculación en el hombre son indicadores de que se ha alcanzado el desarrollo sexual y no la madurez.

Ya el desarrollo fisiológico de los órganos sexuales ha alcanzado la madurez biológica, pero cuando hablamos de madurez completa nos referimos a un desarrollo armónico e integral de la personalidad y en este momento apenas se inicia en el recorrido de un largo camino que será influido por la herencia y el contexto social que durará varios años.

Este proceso tiene como meta la formación de la personalidad, en donde ejerce gran influencia la familia, la escuela y la sociedad.

B. Cambios Psicológicos.

Los cambios físicos en la adolescencia, tienen una relación directa con los cambios psicológicos. Principalmente estos cambios, son reacciones personales ante las transformaciones corporales que esta presentando el adolescente. Aunado, a que estos cambios son percibidos de inmediato por el medio externo que rodea el adolescente, demandando de él responsabilidades que antes no tenía. (Rocheblare-Spenle, 1978)

Significando lo anterior, una de las principales causas de la inestabilidad emocional que van a caracterizar al joven durante esta etapa.

Es por tanto, la manifestación de los cambios psicológicos, lo que va a representar la etapa de la adolescencia, tales como: (tomados de Aberastury, 1974).

- Búsqueda de identidad.
- Tendencia grupal.
- Crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo transigente hasta el misticismo más fervoroso.
- Necesidad de intelectualizar y fantasear.
- Desubicación temporal en donde el pensamiento adquiere las características del pensamiento primario.
- Evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta.
- Actitud social reivindicatoria con tendencias anti o sociales de diversa intensidad.
- Cotradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta determinada por la acción, que constituye la forma de expresión corporal más típica de este período.
- Separación progresiva de los padres.
- Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

C. Cambios Sociales.

Durante la adolescencia se expresa un cuestionamiento del medio familiar, escolar y social. Al mismo tiempo, hay un acercamiento e identificación con grupos de la misma edad y el mismo sexo. Se establecen nuevas relaciones con los hermanos, con los padres y con los amigos. Así mismo, se integran en grupos específicos dando lugar a las primeras amistades profundas, con las que se comparten formas similares de pensar y sentir, así como problemas personales de índole familiar o escolar. La amistad y las relaciones con otros adolescentes de edades similares son particularmente importantes, ya que la estructura de la personalidad estará determinada en parte por la calidad de estas relaciones.

Recordemos que durante la adolescencia los valores personales adquiridos en el seno familiar, se ven removidos por la necesidad de encontrar los propios; valores sociales que

permitan concebir una idea propia del mundo y una definición de sí mismo, es decir, responder a la pregunta ¿quién soy yo?.

En la medida en que convive y comparte experiencias con sus compañeros el adolescente encuentra coincidencias y cosas en común que le brindan la oportunidad de construir su personalidad propia diferente a la de los amigos, y a la que hasta hace relativamente poco era más parecida a la de sus padres o familia inmediata en la que se formó.

Entonces, ésta es una etapa de grandes definiciones, mismas en que deberá realizar para adaptarse a su nuevo papel dentro de la sociedad.

3.2 LA CONDUCTA SEXUAL EN EL ADOLESCENTE

La sexualidad es un tema que genera reflexión, polémica y dudas; aún no se ha establecido por completo y su contenido esta en proceso de definirse.

La palabra sexualidad aparece siempre ligada a la palabra sexo, por lo general se le relaciona con los órganos genitales, y esto es un error, ya que se entiende por sexualidad la búsqueda de placer a través del cuerpo y de toda la personalidad.

La **sexualidad** se manifiesta en la persona a partir de su **estilo de vida**, en la definición como hombres o mujeres, en los sentimientos, las actitudes, la apariencia, la comunicación, el lenguaje, las caricias, el contacto sexual, y la conducta regidos por un código de valores.

El individuo, desde su concepción hasta su muerte es un ser sexual. La sexualidad es entonces, la expresión psicológica y social de los individuos. Como se puede observar, no se limita al placer genital sino a la totalidad de la persona. La sexualidad humana tiene componentes biológicos, psicológicos y sociales.

El componente biológico se refiere al conjunto de características anatómicas y fisiológicas que diferencian al hombre y a la mujer, y que al complementarse hacen posible la reproducción; estas características se denominan sexo biológico.

La diferencia sexual es un proceso complejo que ocurre desde la concepción para completarse antes del nacimiento. Al nacer, el niño presenta genitales externos que permiten asignarle a simple vista su sexo social: masculino o femenino. Desde ese momento, el pequeño está asignado a un mundo que posee rasgos, intereses, y responsabilidades definidos para los hombres, para las mujeres o para ambos.

Este conjunto de características y comportamientos requeridos por la sociedad para cada sexo se denomina rol o papel sexual.

En la adolescencia, por acción de las hormonas sexuales se generan las diferencias corporales internas y externas del hombre y la mujer. Cabe destacar que el hecho de tener un sexo biológico no implica necesariamente un comportamiento sexual que corresponda a ese sexo, pues las desviaciones de conducta dan lugar a conductas no correspondientes; es decir, el hombre actúa como mujer y la mujer actúa como hombre. Es entonces, cuando hablamos de un sexo psicológico, o sea, el estado de saberse hombre o mujer.

Durante la adolescencia la atención hacia las transformaciones del cuerpo las inquietudes que se generan en el desenvolvimiento de los roles sexuales, la preferencia por el sexo opuesto, la necesidad de satisfacción física, etc., son algunos de los componentes de la identificación sexual que se requieren en esta etapa. Al definir lo que busca y lo que quiere el adolescente trata de entablar relaciones con el grupo que establece la diferencia entre la relación amistosa y aquella en la que intenta un primer acercamiento, donde la aceptación del otro es fundamental. La búsqueda del placer sexual ejerciendo su potencial erótico sexual mediante sensaciones físicas, como el beso y las caricias, tienen para ambos sexos un significado muy particular.

Así, la satisfacción física como una expresión íntima, facilita el proceso de su propia identificación. La necesidad que tiene de reconocer los diversos aspectos que integra la

decisión de iniciar relaciones sexuales lo obliga a informarse y a orientarse acerca del significado de una conducta social y reproductiva responsable. (se analizará más ampliamente en el siguiente capítulo.)

En la adolescencia los cambios en la sexualidad son más claros que en otras etapas. Las diferencias entre el rol de mujer y el rol de hombre están determinados, por la educación que se recibió durante la infancia y, lógicamente, por las ideas que la sociedad tiene acerca de ellos.

Aunque hay características que hacen diferentes a los roles sexuales, al mismo tiempo representan un complemento entre sí; por ejemplo, es muy femenino según nuestra cultura el manifestar las emociones, ser coqueta, débil, sumisa; en cambio, a los varones se les inculca el no demostrar las emociones, ser agresivos y tener iniciativa entre otras cosas.

3.3 LA SEXUALIDAD COMO FORMA DE RELACION HUMANA

Durante la niñez, la sexualidad está presente casi como un juego: es autoerógena y autosatisfactoria orientada al placer, a satisfacer la curiosidad y la experimentación. Además, no están ausentes las fantasías, en las cuales los padres desempeñan un papel importante.

Al iniciarse la pubertad aparecen los impulsos sexuales, el interés por el sexo contrario y los afectos que le acompañan; éstas son situaciones reales y consientes. Se inicia la búsqueda de pareja, crece el deseo de relacionarse con ella y se empieza a generar la posibilidad de la reproducción, cómo un deseo que más tarde será un objetivo concreto del ser humano.

Esta etapa se carga de tensiones provenientes de la cultura, la información, lo desconocido, etc., y su resolución depende del entrenamiento previo del carácter, de la habilidad para

evaluar la realidad, de la efectividad de los mecanismos de acción de la personalidad y de la fuerza de los impulsos determinados por los procesos fisiológicos y endocrinos.

Durante la adolescencia, la búsqueda de pareja se hace más marcada y con igual fuerza se busca la independencia de la familia; al mismo tiempo, las relaciones con los miembros del grupo se incrementan en cantidad e intensidad. Los adultos no siempre comprenden y aprueban estas conductas y se presentan las asignaciones de tareas que distinguen al adolescente; algunas veces se llega a la represión de acciones de los hijos y con ello se crean mayores tensiones y rechazos. En esta etapa de la vida, las relaciones padres- hijos pueden ser muy intensas o muy difíciles.

Asociado a los cambios en la sexualidad, aparece en los adolescentes un nuevo tipo de pensamiento indagatorio, especulativo, crítico y propositivo que lleva al adolescente a establecer relaciones humanas muy especiales: por un lado, ama intensamente, crítica casi todo lo establecido y quiere hacer cambios radicales; pregunta y quiere saber el porqué de todo, se asocia fácilmente en grupos, equipos, pandillas, etc., de igual forma que se sustrae, se aísla y adopta conductas solitarias y hasta antisociales.

En el aspecto sexual una de las preocupaciones del adolescente es encontrar un compañero o pareja y por definir fisiológica y culturalmente los roles o papeles sexuales. En cuanto a su esquema corporal, supera las valorizaciones que hacían de él los adultos o familiares y se enfrenta a los cambios con inseguridad, con el deseo de afirmar su atractivo y de conseguir la aceptación sexual, social y afectiva de los otros.

En cuanto a la autoestima, el adolescente se desliga de la relación familiar y busca una autoestima basada en sus propias capacidades tomando con frecuencia prototipos del medio artístico, deportivo, científico, etc. A su vez, en lo que toca a habilidades intelectuales consolida su razonamiento lógico, la conceptualización abstracta y la reflexión; descubre nuevas necesidades y explora modos de satisfacerlas para su realización personal.

Su individualización pone de relieve el sentido de sí mismo y se desliga, a veces radicalmente, de toda dependencia. Su autonomía busca alcanzar las prerrogativas del adulto y por ello se esfuerza en tener reconocimiento, notoriedad, consideración, distinciones y premios por sus esfuerzos, porque puede hacer cosas por sí mismo.

En la búsqueda de identidad, el adolescente prácticamente hace una síntesis de sus identidades infantiles matizada por sus nuevos impulsos, capacidades y posibilidades, logrando continuidad y armonía psicológica y social. De esta forma se prepara para seguir elaborando su identidad en etapas posteriores. Su participación social se orienta a la revisión de normas y creencias, valores y reglamentos, buscando tener una presencia relevante en la sociedad.

Su proyecto de vida deja de ser el proyecto de la familia y se cambia por otro de tipo existencial propio, que deberá poner a prueba en la realidad e irá modificando según las circunstancias. En cuanto a su personalidad, el adolescente consolida importantes dimensiones como la diferenciación sexual, la capacidad de abstracción y la autonomía; además incursiona en el trabajo, los afectos, las responsabilidades, la ideología y la fe.

En esta etapa pueden quedar resueltos los principales problemas del adolescente: quizá encuentre una pareja más o menos estable, piensa en una profesión o trabajo, planea el matrimonio y piense en los hijos. Sus relaciones humanas van siendo más equilibradas puesto que poco a poco va dejando la adolescencia para llegar a la juventud.

Ya en la madurez ha logrado consolidar su identidad, sus proyectos están realizados o está trabajando en ellos; la relación de pareja tiene el ámbito del hogar, sus relaciones con la pareja, con los hijos, con los padres y con los miembros de la sociedad son dinámicas, positivas, altruistas y efectivas en sus propuestas.

Es importante señalar que la sexualidad no sólo impregna el comportamiento y las relaciones humanas en cada etapa de la vida, sino que también establece diferencias generales entre los sexos. Así, el hombre se orienta más hacia las actividades económicas

productivas, mientras que la mujer se encamina hacia las actividades del hogar, la sensibilidad, el humanismo y lo espiritual.

Por otro lado, también las relaciones humanas asociadas con la sexualidad son un tanto diferentes en el medio rural y en el urbano; muchos actos de la vida humana ejemplifican claramente el tema de las relaciones humanas marcadas por la sexualidad: el “machismo”; el arte, el deporte y el empleo; la edad, las disfunciones como la homosexualidad, la prostitución, la abstinencia definitiva, etc.

En términos generales, podemos afirmar que las relaciones humanas más significativas en cada etapa de la vida son las siguientes:

- a) En la infancia se busca adquirir confianza en el medio circundante, el sentido elemental de autonomía, el sentido de iniciativa y el desarrollo de la laboriosidad y la competencia.
- b) En la pubertad y la adolescencia se trabaja principalmente para elaborar la identidad personal.
- c) En la juventud, las relaciones se orientan hacia la intimidad y la fecundidad.
- d) En la edad adulta se orientan hacia la integración de las vivencias y la aceptación de sí mismo.

Al hablar de sexualidad nos referimos a todo aquello que proporcione placer a la persona y no sólo a lo relativo a la actividad genital. La educación sexual que reciba el adolescente durante su infancia tendrá marcada influencia en su comportamiento vinculado con el sexo.

El funcionamiento de las hormonas, unido al desarrollo del aparato genital, despierta en los adolescentes las primeras sensaciones y con ello las fantasías, los sueños, las imitaciones identificaciones propias de la edad.

La vivencia de la sexualidad es el problema más importante con que se encuentra el adolescente, pues incluye los procesos de adaptación, a sí mismo y con las personas que lo

rodean, así como la experimentación afectiva y el establecimiento de todo tipo de relaciones con los adolescentes del sexo opuesto.

Ante esta sexualidad el adolescente tiene distintas posibilidades de actuación: puede negarla y optar por la continencia; puede satisfacerla en forma solitaria mediante la masturbación o establecer relaciones heterosexuales.

La evolución normal de la sexualidad culmina con el establecimiento de relaciones sexuales con otras personas; a través de ellas él adolescente trata de escapar de la sociedad, de comunicarse, de autoafirmarse. A veces, dichas relaciones representan un desafío a la autoridad de los padres o de la sociedad, o una comprensión o frustraciones de otra índole. Durante un buen tiempo la sexualidad se satisface a través de las caricias, besos y emociones, pero más tarde surge la necesidad de unirse completamente mediante la relación sexual (coito).

La primera relación de este tipo tiene gran importancia para el adolescente ya que es una experiencia a la cual se acerca llena de temores y complejos y en la que pondrá en juego su valía personal, física y emotiva. Las adolescentes sobre todo necesitan que exista un sentimiento afectivo que las una a su pareja.

Por lo común, las reacciones frente al acto sexual dependen de las normas morales, de los principios religiosos y de los valores de la adolescente.

Algunas consecuencias de la actividad sexual son:

- Embarazos no planeados
- Embarazos de alto riesgo
- Uniones conyugales no deseadas
- Abandono de los estudios
- Madres solteras
- Depresión y angustia
- Abortos
- Trastorno emocional por un aborto inducido

Dado lo anteriormente descrito, y para fines de la presente investigación se consideran importantes los cambios biológicos y psicológicos por los que él adolescente pasa en esta etapa de su vida, unidos a los cambios de las estructuras sociales y de la familia, que determina entre otros factores la existencia de conductas de riesgo, una de cuyas manifestaciones es que en proporción elevada de adolescentes comienza su vida sexual a edades tempranas, resultando en algunos casos embarazos no planeados.

3.4 EL ENTORNO SOCIAL DEL ADOLESCENTE Y SU SEXUALIDAD

La sociedad en la que vivimos representa una inseguridad y una amenaza para los adolescentes; el ritmo de vida, la agitación de las grandes ciudades y la mecanización nos han llevado a un aislamiento del ser humano en el que a pesar de que cada día se lucha por la humanización del hombre estamos cayendo en una falta total de comunicación. Así, los adolescentes se sienten profundamente solos frente a una sociedad hostil con la que no tienen nada en común y en la que se les niega el diálogo. Sus únicos medios de relacionarse los encuentra en aquella pareja del otro sexo que esta en sus mismas condiciones y que puede hablar del mismo lenguaje: surgirá el enamoramiento con su compañero en medio de la confusión actual y desorientación.

El aumento de las inadecuadas condiciones socioeconómicas en que viven los adolescentes de nuestro país y la policarencia sociocultural propia de las clases marginales (déficit de vivienda, de integración familiar, de alimentación, de servicios recreacionales, culturales, de orientación formativa), han contribuido también a que la conducta reproductora de los adolescentes haya tomado causas distorsionados y han hecho que aumenten los problemas de la sexualidad.

La revolución sexual iniciada hace algunos años ha provocado una verdadera desorientación. En todas partes se habla de sexo pero realmente cuantas personas tienen la

preparación necesaria para hacerlo. Los medios de difusión han colaborado a esta deformación de ideas.

También es verdad que muchos adolescentes han carecido de la adecuada información y educación respecto al mundo de la sexualidad y de otra parte también sus patrones morales y conductuales se ven cada día deteriorados por las presiones sociales y del propio grupo (por ejemplo: la moda exige tener novio y también experiencias sexuales para estar a tono con los demás jóvenes), y por estímulos sexuales recibidos a través de los medios masivos de publicidad los cuales le dan tono sexual y erótico, como anzuelo de ventas hasta a las propagandas más pueriles y extrañas a lo sexual (Barrera y Kerdel, 1986).

El sistema familiar clásico y la capacidad de los adultos para influir en las actividades de los jóvenes casi a desaparecido; los jóvenes han adquirido más libertad cuando se trata del mundo de la sexualidad, más autoridad, autonomía y prominencia social, pero se mantienen aun bajo la dependencia social y económica de los padres y, con excepciones, hacen poco caso de los valores positivos del ser humano como especialmente los relativos a la responsabilidad y a la integridad personal cuando se trata del comportamiento reproductor, y de otra parte, hay tendencia en todas las nociones a una mayor precocidad de la maduración biológica sexual en relación con las décadas anteriores.

Capítulo 4

***EL EMBARAZO
EN ADOLESCENTES***

EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

4.1 EL EMBARAZO A EDAD TEMPRANA Y SU SITUACION ACTUAL

Uno de los problemas que más preocupa al mundo actual es la explosión demográfica. Una quinta parte de la población del mundo, un billón de habitantes, tiene entre 10 y 19 años de edad, y más de un 80% vive en países en vías de desarrollo. (IPPF, 1988)

En México, una de las principales características de la población que salta inmediatamente a la vista es la que se encuentra compuesta mayoritariamente por gente muy joven. El 70% de la población total tiene menos de 29 años de edad. De estos, la proporción de los más jóvenes es la que mayor peso tiene. Sólo por su volumen, la presencia de esta parte mayoritaria, de los jóvenes mexicanos no podría pasar desapercibida. Pero de la importancia de su número va ligada a la edad crítica por la que atraviesan, que en buena medida será determinante de su futuro. Particularmente en lo que se refiere a su conducta sexual y reproductiva.

Más a menudo de lo que ordinariamente creemos la juventud temprana revela la existencia de una actividad sexual que casi siempre se hace evidente sólo cuando alcanza la forma de la fecundidad precoz. (Rodríguez, México, 1988)

Cifras estadísticas de E.E.U.U. como las suministradas por Dickman (1977), señalan que existen 11 millones de adolescentes sexualmente activos, sobre un total de 21 millones.

En años recientes considerable atención de los medios masivos a sido dedicada al problema de la adolescencia en los E.E.U.U., cada año unos 15 millones de bebes nacen de madres adolescentes (Organización Mundial de la Salud, 1988).

Poca gente se da cuenta, sin embargo, de que el problema es aún mayor en América Latina y el Caribe. En México 104 niños nacen de cada mil mujeres entre los 15 y 19 años de edad, y en la República Dominicana ese número es de 116. En los E.E.U.U. 53 niños nacen de cada mil mujeres de 15 a 19 años, y en Gran Bretaña 28 (IPPF, 1989)

En todo el mundo la actividad sexual entre adolescentes va en incremento. En consenso general es que el embarazo, en esas edades y condiciones, crea problemas tanto al adolescente como a sus padres, sociedad y al hijo que espera. Con frecuencia un embarazo no planeado, junto con las consecuencias que no le son inherentes es el precio que una joven tiene que pagar por el ejercicio de su sexualidad.

A pesar de que muchos países han logrado controlar el ritmo de crecimiento de su población, no han podido controlar el problema que les ocasiona el embarazo adolescente. Los nacimientos provenientes de adolescentes ocasionan un crecimiento acelerado de la población. Porque reducen el período de tiempo que transcurre entre una generación y la siguiente y, además la tendencia es de tener un número elevado de embarazos, otros intervalos entre los nacimientos y las familias numerosas (Mc. Carthy, 1981; Naweroc y cols., 1982; Population Reports, 1976, 1980)

En México el embarazo no planeado en la adolescencia es un problema importante de salud pública. En 1982, el 12.1% del total de nacimientos vivos fue de madres entre los 15 y 19 años de edad.

En 1990 los nacimientos de neonatos vivos fueron de madres entre 15 y 19 años de edad (Secretaría de Gobernación) y existe información que indica la presencia de embarazos en adolescentes menores de 15 años (Pick de Weiss, Atkin y Karchmer, 1988).

Una serie de variables que tratan con los componentes individuales y sociales han sido asociadas con la conducta sexual adolescente. En la investigación en esta área se han incorporado variables tales como la influencia de la familia, de los compañeros, los conocimientos sobre sexualidad, la anticoncepción, la personalidad y nivel de aspiraciones que tratan con los componentes individuales y sociales que han sido asociadas con la conducta sexual adolescente.

Así mismo, se ha visto que el 16.1% de las adolescente entre 12 y 19 años de edad han tenido relaciones sexuales, y que la edad promedio del inicio sexual de las adolescentes que han tenido experiencia sexual es de 16.4 años (Pick de Weiss, Díaz-Loving, Andrade y Atkin, 1988), en el caso de los hombres es alrededor de los 15 años. La mayoría de los adolescentes empieza a tener relaciones sexuales después de los 17 años.

4.2 APORTACIONES DE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO NO PLANEADO EN ADOLESCENTES

Russell – Brown (1989) entre otros autores, menciona, que las altas tasas de fecundidad que existen en América Latina y específicamente en México, pueden atribuirse a diversos factores, tales como: el inicio temprano de las relaciones sexuales, la baja incidencia de métodos anticonceptivos, determinados factores sociales y emocionales entre otros.

4.2.1 El inicio temprano de las relaciones sexuales

Loya López (1983) y Black y Deblassie (1985) como un factor importante en la iniciación de relaciones sexuales es la rebelión, que aunque es parte primordial en el logro de la transición psicológica del adolescente, influye en el inicio de relaciones sexuales y en la presencia de un embarazo; así pues, señalan estos autores, la iniciación de relaciones sexuales es una forma de rebelarse ante la sobreprotección y exigencias de los padres.

Black y Deblassie (1985) por su parte señalan que el embarazo en adolescentes no es la consecuencia de una relación transitoria o causal, ya que generalmente el adolescente y su pareja se conocen uno al otro y los fuertes lazos sentimentales que los une los llevan a tener relaciones sexuales.

Mientras que Loya (1986) menciona que la razón que probablemente justifique la actividad sexual de los adolescentes de 12 a 18 años, es el hecho del constante contacto con jóvenes de su misma edad (por razones escolares) y que dicho acercamiento generalmente propicia las relaciones sexuales; además, menciona Loya, que de los 12 años en adelante se inicia la inclinación por el sexo opuesto y empieza a tener citas con compañeros de otro sexo; lo cual proporciona un contacto muy prolongado entre adolescentes y hace difícil la evitación de actividades sexuales sin tomar precauciones anticonceptivas, lo que hace que la probabilidad de un embarazo sea mayor.

Atkin (1988), además señala que la actividad sexual que entablan las adolescentes generalmente es el resultado de una relación de noviazgo, la cual esta generalmente motivada por una búsqueda del amor, afecto y comprensión, que no tienen dentro de su familia. Así mismo, hace la referencia de que las adolescentes generalmente confunden el sexo con el cariño y comprensión que realmente buscan en su pareja o que en ocasiones las adolescentes aceptan tener relaciones sexuales con su pareja para no perder esa comprensión que encuentran en él.

Friedman (1989) por su parte, señala que la iniciación de la actividad sexual en las adolescentes se da porque estas son frecuentemente utilizadas sexualmente por gente mayor de su edad, dada su inexperiencia, su menor conocimiento de las consecuencias del comportamiento sexual y su dependencia del apoyo de otras personas.

Por otro lado, un estudio realizado por Koyle y cols. (1989) indica que una temprana iniciación de la actividad sexual correlaciona positivamente con mayores riesgos en la salud (enfermedades de transmisión sexual) y con su promiscuidad sexual posterior, lo que nos indica que el inicio temprano de las relaciones sexuales no solo conlleva en riesgo de que se presente un embarazo, sino otros riesgos sociales y consecuencias negativas sobre la salud.

McCullough y Scherman (1991) nos dicen que como causa lógica del embarazo en las adolescentes es que actualmente ellas tienen más experiencias sexuales que las adolescentes de generaciones anteriores y que su primer relación sexual ocurre en edades tempranas; también se encontró que las razones más frecuentes que dan las adolescentes para tener actividad sexual en orden de importancia, son: la curiosidad, la presión por parte de la pareja, la inhabilidad para decir no, los sentimientos de amor hacia la pareja y estar bajo la influencia del alcohol.

4.2.2 Baja incidencia en uso de métodos anticonceptivos

Black y Deblassie (1985) han observado que la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas cada año tienen una mala comprensión o ignorancia de lo que es el ciclo menstrual y la concepción, así como el uso de métodos anticonceptivos.

Mientras que Loya López (1986), señala que pueden ser varias razones por las que las jovencitas no utilizan método alguno, a pesar de tener conocimientos de que existen: la inconsistencia de sus relaciones sexuales, el manejo de ideas míticas (por ejemplo: “soy muy joven para que me suceda esto”), por desconocer su fisiología y principalmente la etapa fértil de su ciclo menstrual y la minoría por desear realmente un hijo.

Otros estudios (Russell-Brow, 1989 y Lineberger, 1987) indican que las relaciones sexuales de los adolescente son esporádicas y sin placer, lo que podría explicar el bajo e inconstante uso de anticonceptivos; asimismo, en estos estudios se encontró que en las adolescentes existen sentimientos de culpa con respecto a su sexualidad, lo que también puede explicar el escaso uso de anticonceptivos. Además, Friedman (1989) menciona que entre más joven es el adolescente, menor es la probabilidad de que quiera comentar la prevención del embarazo con su pareja sexual.

Así mismo, Loya López (1986) y Aldana Atkin (1990), mencionan que la mayor parte de las adolescentes no inicia su actividad sexual con el fin de quedar embarazadas, sino que dan otras explicaciones tales como: “todas hacen lo mismo, ¿por qué yo no?” o “no me gustaría que me sorprendiera con anticonceptivos” y concluye que la negación es un mecanismo que la joven emplea para protegerse de la realidad de su vida sexual; dado que las adolescentes prefieren no usar algún método anticonceptivo a aceptar que son realmente activas.

Aldana Atkin (1990) han observado que las adolescentes conocen métodos anticonceptivos, pero prefieren no usarlos y arriesgar un embarazo que arriesgar ser vistas con anticonceptivos y ser consideradas como demasiado conocedoras de estos temas o como

sexualmente activas. Así mismo, estas autoras consideran que dentro de las adolescentes de la cultura mexicana no se acepta que una buena chica planee tener relaciones sexuales y mucho menos que lo haga por placer, o sea, sin arriesgarse a quedar embarazada.

Por otra parte, Davis (citado por Zetina Luna, 1991) y Friedman (1989) refieren que entre los factores que incrementa el riesgo de un embarazo adolescente se encuentra el hecho de que la sexualidad sea un tema prohibido en la mayor parte de las sociedades, por lo que frecuentemente los adolescentes tienen ideas vagas o distorsionadas acerca de la misma, lo cual crea la existencia de un pensamiento mágico o de fábula personal, en donde las ideas de “no me sucederá a mí” o “después de la primera relación no resultará un embarazo” limitan el reconocimiento de los riesgos que puede hacer que se dejen llevar por otras personas en cuanto a la toma de decisiones adecuadas. Todo esto, aunado a la limitada capacidad de planeación del futuro y a su impulsividad dentro de la actividad sexual, hace que sea menos probable que actúen en forma planeada y que acudan después en busca de servicios de salud.

Se ha encontrado en diferentes investigaciones que el escaso uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes es uno de los factores que más ampliamente explican el embarazo en esta población. Por ejemplo, en una investigación realizada por Melcher y Burnett en 1990 (citados por McCullough y Scherman, 1991) se encontró una correlación positiva entre el inicio de vida sexual activa y el reporte de un embarazo, el cual de acuerdo con estos autores, ocurre por la falta de uso de métodos anticonceptivos.

En resumen, podemos decir que el escaso e inconstante de uso de métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes es una de las causas que propician un embarazo. Este uso irregular de anticonceptivos está propiciado básicamente por las características propias de la adolescencia y por la falta o inadecuada información que tienen sobre sexualidad, entre otros factores sociales.

Además, los factores que facilitan que una adolescente quede embarazada son de orden físico, psicológico, social y cultural. El desconocimiento del uso y la forma de adquisición de métodos anticonceptivos, la escasa preparación para asumir su sexualidad, así como la inmadurez emocional que obstaculiza el análisis de las consecuencias de sus actos, son algunos de los factores que aumentan la probabilidad de embarazo en la adolescencia.

4.2.3 Aspectos Psicológicos

Específicamente entre los aspectos psicológicos que se han propuesto como relacionados con el embarazo en adolescentes se encuentran:

- El miedo a estar solo (a)
- La posibilidad de sentirse adulto
- La carencia de afecto
- La necesidad de reafirmarse como mujeres o como hombres
- Relación y comunicación inadecuada con los padres
- La búsqueda de independencia
- La curiosidad sexual
- Presencia de embarazos premaritales en hermanas y/o madre

El hecho indiscutible de que el embarazo puede producirse la primera vez que se tiene un coito desde el momento en que se presenta la ovulación o comienza la eyaculación (entre los 12 y 13 años de edad), hace de la edad adolescente una etapa potencial de embarazo con alto riesgo ya que antes de los 15 años aún no está consolidado el desarrollo físico y generalmente hasta después de los 20 años no existen las condiciones psicosociales para enfrentar las responsabilidades que se derivan de tener un hijo.

Sin embargo, no podemos afirmar que solo uno de estos factores es el que está más relacionado con la probabilidad de un embarazo no planeado, sino la interrelación entre estos lo que favorece esta situación.

4.3 EL EMBARAZO A EDAD TEMPRANA Y SUS EFECTOS PSICOSOCIALES

Debido a que el embarazo no planeado durante la adolescencia esta asociado con ciertas consecuencias de orden biológico, psicológico y social las que se explicaran a continuación:

Aspectos biológicos

Las mujeres que se embarazan antes de los 15 años tienen una mayor probabilidad de presentar abortos, partos prematuros terminados en cesárea, uso de fórceps o bien, un trabajo de parto más largo dando como resultado el sufrimiento fetal. Otra de las complicaciones que se presentan es la toxemia. Este padecimiento se caracteriza por aumento de peso, hinchazón de manos y tobillos y presión arterial alta, de no tratarse adecuadamente se puede desencadenar una eclampsia (enfermedad convulsiva), la cual daña el sistema nervioso y llegará a provocar inclusive, la muerte. Además, el producto de un embarazo a edades tempranas suele tener peso y talla bajos al nacer.

Se sabe que la morbi - mortalidad infantil en madres adolescentes es más elevada que las madres mayores, especialmente en el nivel socioeconómico bajo. También se ha observado problemas en el desarrollo de bebés de madres adolescentes. Por lo tanto, la edad ideal para que una mujer se embarace fluctúa entre los 20 y los 30 años.

Aspectos psicológicos

Sentimientos de minusvalía y baja autoestima se dan frecuentemente por la exposición al rechazo inicial de la familia, del novio, de la escuela y de la sociedad en general. Los padres que ven como una desgracia el embarazo de una hija soltera, se sienten culpables ante esa situación y antes de reconocerlo, se culpan mutuamente y lo proyectan a la adolescente mediante reclamos, hostigamiento y hasta maltrato físico. A veces tratan de obligar a sus hijas aún matrimonio precoz y forzado del cual, en la mayoría de los casos, resulta una relación inestable que fracasa y termina en separación o divorcio.

Se ha observado que generalmente la adolescente que abandona la escuela tiene mayor probabilidad de llegar a embarazarse. La adolescente que no había desertado antes y queda embarazada, deja los estudios y se enfrenta a una frustración personal. En caso de que continúe estudiando, es percibida por sus compañeros (as) como una carga, sobre todo cuando se trata de trabajar en equipos.

La mayoría de las veces estas adolescentes siguen viviendo en su casa o en casa de sus suegros y tienen más necesidad de someterse a las reglas familiares dadas las necesidades de apoyo para su hijo.

Los roles cambian, los abuelos asumen un papel de abuelos- padres, produciendo confusión tanto en los padres adolescentes como en el bebe, el cual estructura su primera relación humana con una madre- hermana. A largo plazo las consecuencias para el hijo van cobrando importancia. Las confusiones de afecto y relación dificultan su confianza básica y seguridad personal.

Muchas jóvenes deciden someterse a un aborto¹⁴ con y sin el consentimiento de los padres. Otras personas prefieren dar en adopción a su bebe.

En el caso del adolescente soltero que se entera de que su pareja esta embarazada, puede sentir temor de enfrentarse a nuevas responsabilidades y en el caso de que acepte casarse, puede desarrollar un resentimiento permanente.

Aspectos sociales

Como consecuencia del embarazo y ante la posibilidad de ser padre, los adolescentes se deben adaptar a un nuevo papel lo cual implica una serie de decisiones que probablemente nunca se imaginaron, por lo que se exponen a continuos desajustes. Si un joven adolescente se convierte en padre, tal vez necesite salirse de la escuela para ayudar a mantener a su hijo obteniendo probablemente un sueldo bajo, debido a que sus escasos conocimientos no lo hacen una persona competente para aspirar a un trabajo con buen sueldo. Esto dificulta la

¹⁴ Expulsión del producto concebido, antes de que complete el proceso de formación para su nacimiento.

manutención de su propia familia y puede llegar a originar que se establezca un ciclo de dependencia tanto con los padres como con los demás familiares.

El embarazo no planeado y las consecuencias que acarrea implican grandes responsabilidades. Los adolescentes frecuentemente no alcanzan a darle a tal suceso la importancia que tiene debido a su propia inexperiencia.

Las estadísticas demuestran que de cada cuatro uniones entre adolescentes tres fracasan. La mayoría de los adolescentes no comprenden la gran responsabilidad que representa la unión conyugal. Ellos no han tenido ni el tiempo ni la oportunidad de cultivar las destrezas necesarias para ser autónomos. En el caso de los adolescentes que se llegan a casar no han tenido tiempo para completar sus estudios y estudiar una carrera. Por consiguiente no ganan mucho dinero porque se ven obligados a aceptar unos trabajos que pagan muy poco, ya que son los únicos empleos los cuales están calificados para desempeñar. Como tiene que cumplir primero con sus obligaciones, nunca les sobra ningún dinero para la recreación.

Los adolescentes que se unen se encuentran, en la obligación de tomar muchas decisiones. Si no tienen claramente formados los valores, puede haber mucha confusión entre ambos cónyuges.

Han perdido unos años adicionales que debían haber servido para madurar emocionalmente y para aprender compartiendo sus actividades con varias personas. Los adolescentes que se vinculan porque la chica está embarazada o para escapar de una situación difícil en sus hogares, están en un riesgo aún mayor de que fracase su relación. Bajo estas circunstancias, los problemas emocionales y económicos son aún mayores.

Al examinar cuidadosamente las responsabilidades que tendrían que asumir si llegaran a ser padres, se deben preguntarse “¿a qué edad estaría listo física, mental y emocionalmente para asumir la responsabilidad de ser padre?”. Durante los años de la adolescencia, aún se está creciendo y madurando emocional y físicamente; está desarrollando las destrezas necesarias para poder independizarse.

4.4 ARGUMENTOS QUE DEFINEN AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES COMO UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICO

Cuatro son los elementos que se consideran para explicar el porque el embarazo en adolescentes es un problema:

4.4.1 Su supuesto incremento

Se dice que el número de embarazos adolescentes está aumentado de manera considerable,¹⁵ y que alcanza grandes cifras y altas proporciones (alrededor de 450000 nacimientos anuales en los últimos lustros, equivalentes aproximadamente al 15% del total).¹⁶ Sin embargo, con la evidencia disponible, no parece que sea más frecuente en México, ahora que, hace cincuenta, treinta o veinte años, que las adolescentes se embaracen (tomando provisionalmente, a las que tienen entre 15 y 19 años de edad), que es el criterio más utilizado por quienes manejan estadísticas sociodemográficas en relación con la sexualidad y la salud reproductiva de los adolescentes; los datos lo confirman (tabla 3).

Tabla 3
TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD*, GRUPO DE EDAD
DE 15 A 19 AÑOS, MEXICO, 1974-1991

Grupo de edad	1974a	1978b	1982b	1986c	1991d
15-19	130	132	105	84	82

* Niños nacidos vivos por cada mil mujeres

Fuentes: a Encuesta Nacional de fecundidad, 1976; b Encuesta Nacional Demográfica, 1982; c Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987; d Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992.

¹⁵ Toro-Calzada RJ. "Embarazo en adolescentes", Ginecol Obstet Mex, (1992) p. 291-295.

¹⁶ Kumate J. "La fecundidad en los adolescentes de México" En: Memoria. Conferencia Internacional sobre fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe, México, D. F.: Pathfinder Fund & Population Council, (1991) p. 18-21.

A pesar que la evidencia es incompleta, porque no incluye los embarazos no llevados a término, un vistazo a la tasa específica de fecundidad de las mujeres del grupo de edad mencionado (el número de hijos nacidos vivos de las mujeres de dichas edades) muestra que al contrario, de lo que se dice. Lo cual podría pensarse que el número de hijos nacidos vivos no constituye un buen indicador de los embarazos ocurridos, ya que una proporción de los mismos no llega a término y dicha proporción podría haber aumentado. No obstante la evidencia existente para México no permite pensar que ello haya ocurrido en los últimos lustros.

4.4.2. Su contribución al crecimiento acelerado de la población

Otro de los argumentos que se aducen para considerar al embarazo adolescente como un problema público se da desde el punto de vista demográfico, en términos de sus consecuencias para el crecimiento de la población. Se indica –y los datos así lo muestran– que el embarazo temprano tiende a llevar a la joven a procrear un número mayor de hijos y a un menor esparcimiento entre ellos, lo cual contribuye a elevar la fecundidad general y la tasa de crecimiento de la población.¹⁷

No hay duda de que el embarazo adolescente contribuye al crecimiento de la población y que, en tanto lo haga de manera desmesurada, puede constituirse en un factor negativo para el bienestar presente o futuro de la sociedad y por tanto, definirse como un problema público legítimo. Empero, habría que valorar su peso real en el crecimiento y circunscribirlo a ciertos sectores de la misma en los que el fenómeno se concentra: en los sectores más pobres de la sociedad, en los que, además, la fecundidad tiende a ser elevada independientemente de la edad del primer embarazo.

La legitimidad del embarazo adolescente como problema demográfico, por otra parte, no implica que su solución se limite a una mayor cobertura de métodos anticonceptivos, como se piensa a menudo. En sectores muy numerosos de la sociedad mexicana, en particular la población rural y la marginal urbana- precisamente aquellos en los que embarazo temprano

¹⁷ Welti C. “La fecundidad adolescente en México”, ed. Población y sociedad en México, México, (1992) p.55-79.

es más frecuente- la unión y la maternidad tempranas aún constituyen una parte indisoluble de formas de vida femenina ante las cuales existen pocas opciones reales. Para las mujeres de estos sectores, la extensión de la escolarización y la apertura de opciones de vida distintas a la maternidad sólo se irán produciendo conforme se vayan modificando las estructuras sociales y culturales que ahora los limitan. En tanto esto sucede, una mayor información y acceso a metodologías anticonceptivas entre los y las adolescentes probablemente tendrán poca efectividad para prevenir un primer embarazo, ya que no existe ni la motivación para postergar la maternidad, ni las condiciones adecuadas para hacerlo.

4.4.3 Efectos adversos sobre la salud de la madre y el niño

Uno de los cuestionamientos que se plantean para sostener que un embarazo entre los 15 y 19 años de edad deba constituirse necesariamente en un riesgo para la salud de la madre y/o el niño. Contra lo que generalmente se piensa, no ocurre así, ya que en condiciones adecuadas de nutrición de salud, de atención prenatal, y en un contexto social y familiar favorables, un embarazo y/o partos a los 16, 17, 18 ó 19 años de edad no conlleva mayores riesgos de salud materna y neonatal que un embarazo y parto entre los 20 y 25 años. Es sólo a edades muy tempranas –menores a dos años posmenarca, o sea más o menos a los 14 años de edad- cuando se constituye en un riesgo en términos biológicos,¹⁸ y su frecuencia a dichas edades no tiene comparación con la cantidad de embarazos que ocurren entre los 16 y 19 años.¹⁹

Como el embarazo en edades adolescentes tiende a concentrarse precisamente en los grupos de la población que presentan condiciones inadecuadas de nutrición y de salud de la madre y en los que ésta no cuenta con el apoyo y la atención necesarios, la correlación positiva entre la edad a la que ocurre el embarazo y el riesgo de problemas de salud se

¹⁸ Fernández- Paredes F, Castro- García M, Avila- Reyes M, Montiel Martín- Blanco E, Godínez - González ME, Fuentes- Aguirre S. “Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno- infantil del embarazo en edad precoz”, Bol Med Hosp Infant Mex, (1996) p. 84-88.

¹⁹ XI Censo General de Población y Vivienda 1990, INEGI, México, D.F. (1992)

presentan con gran frecuencia en estudios empíricos.²⁰ Pero no son ni la edad a la que ocurre el embarazo ni los factores biológicos asociados a la misma los que, en sí mismos, se constituyen en riesgos de consideración, sino su interacción con las condiciones de nutrición, de salud y de falta de atención de la madre.²¹ Las condiciones sociales y culturales en las que tiende a ocurrir el embarazo adolescente tienen mucho más peso que la edad –excepto a edades muy tempranas– en sus consecuencias negativas para la salud. La situación de l embarazo en adolescentes como problema demográfico, se considera que queda mucho por investigar y que en términos de sus consecuencias para la salud pública, éstas se concentran de manera predominante en los sectores pobres, en los que la mala nutrición y la salud precaria de la población son prácticamente consustanciales a su condición de pobreza.

4.4.4 Su contribución a la persistencia de la pobreza

Recientemente ha recibido mayor difusión y respaldo “científico”, ya que este argumento se asocia cercanamente al supuesto de que dicho fenómeno coarta las posibilidades de obtener una escolarización suficiente y, por lo tanto, limita las posibilidades de obtener un empleo conveniente (o mejor remunerado) lo cual, a su vez, reduce el acceso a los recursos que permiten un desarrollo adecuado de los hijos²² de tal modo que esta situación se perpetua como un círculo vicioso.

Existen diversos elementos que se manejan al respecto; por ejemplo, que el embarazo adolescente tiende a repetirse entre generaciones; a conducir a uniones inestables; a una jefatura de hogar femenina; a condiciones precarias para el desarrollo de los hijos, etc., lo cual, se arguye, en un mecanismo de transmisión de la pobreza.²³

El argumento sobre el embarazo adolescente como un mecanismo de transmisión de la pobreza lleva fácilmente a la conclusión de que erradicar este comportamiento contribuiría

²⁰ Omram A, “Fecundidad y Salud”, OPS (1985) p.28

²¹ Tolbert K, “La adolescente embarazada, características y riesgos psicosociales”, ed. La Psicología en el ámbito perinatal, México, D.F. (1988) p. 398.

²² Atkin L, “Perfil Psicosocial de la adolescente embarazada mexicana”, Instituto Nacional de Perinatología, México, D. F. (1989) p. 123-133.

a disminuir la pobreza, y muchos de los recursos canalizados a diversos programas dirigidos a los adolescentes y jóvenes son justificados con base en este supuesto. Pero, más bien habría que considerar las condiciones socioeconómicas y culturales de los grupos mayoritarios de nuestra población como una de las causas principales del embarazo adolescente: para algunos grupos sociales, como extensos sectores de la población rural, debido a que estos embarazos forman parte de su modo de vida, de la trayectoria usual que se sigue para formar una familia. Para otros, como el sector marginal urbano, porque los embarazos en adolescentes son vividos como una salida –así sea falsa en muchas ocasiones- a problemas de violencia familiar y abuso, o como una manera de adquirir valoración social, etc., como lo han demostrado diversos estudios.²⁴

Es necesario abandonar varios mitos relacionados con la argumentación aludida que se ha importado acríticamente, a partir de lo que ocurre en condiciones sociales y culturales muy distintas a la nuestra. En particular, la creencia de que el embarazo precoz lleva al abandono escolar y, por tanto, coarta las posibilidades de una escolarización suficiente. De acuerdo con la evidencia disponible para México, la mayor proporción de las adolescentes embarazadas ya había abandonado la escuela antes de haberse embarazado.²⁵

En términos de sus consecuencias, existe efectivamente evidencia de que el embarazo temprano se asocia con una situación menos ventajosa en términos de los niveles posteriores de bienestar material de la familia. Sin embargo, una parte importante de esta asociación se debe al origen mismo de la adolescente en términos del grupo étnico y del socioeconómico del que proviene, del contexto familiar en el que creció y de los obstáculos que la sociedad interpone en su camino para un crecimiento y desarrollo adecuados.

²³ Atkin, L, Alatorre J. “Intergenerational transmission of adolescent pregnancy in Mexico city”, D.C. (1993) p. 56.

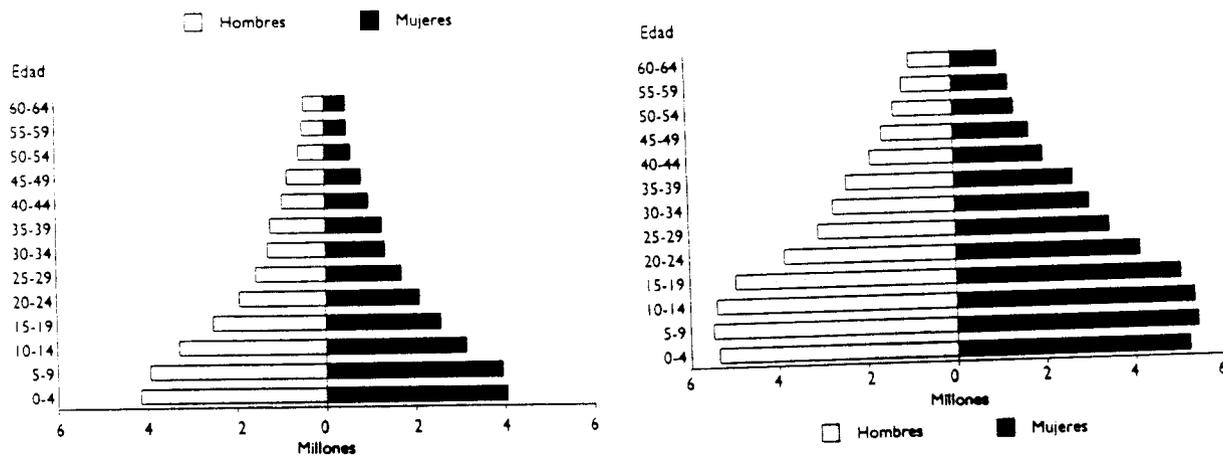
²⁴ Stern C, Embarazo adolescente. “Significado e implicaciones para distintos sectores sociales”, Demos, Carta Demográfica sobre México (1995) p. 11-12.

²⁵ Pick de Weiss S, Atkin L, ¿Existen diferencias entre adolescentes embarazadas y la población en general?, Instituto Nacional de Perinatología. (1988) p. 448-486.

4.5 PROCESOS QUE CONTRIBUYEN A QUE EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA SEA UN PROBLEMA SOCIAL EN MEXICO

Los factores y procesos que han jugado un papel importante para que el embarazo adolescente se considere como un problema social o público en México son los siguientes: Primero, el gran crecimiento, en términos relativos y absolutos, del grupo de adolescentes en los últimos lustros, lo que puede apreciarse en la figura 1. El grupo de mujeres de 15 a 19 años de edad pasó de un poco más de dos millones en 1970 a más de cinco millones en 1992, lo que ha vuelto mucho más evidente y ha dado lugar al hecho de que, aun a tasas de fecundidad menores, el número de hijos nacidos de madres adolescentes sea muy grande.

FIGURA I.
ESTRUCTURA DE LA POBLACION POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SEXO.
MEXICO, 1970, 1992.



Fuentes: 1970, Censo General de Población
1992, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.

Segundo, el hecho de que la fecundidad de los grupos de mujeres mayores ha disminuido más que la de los grupos de mujeres jóvenes (tabla 4), por lo que la proporción de hijos nacidos de mujeres jóvenes –muchas de ellas adolescentes- es mayor ahora que en el pasado.

Tabla 4
CAMBIOS PORCENTUALES DE LA TASA DE FECUNDIDAD.*
MEXICO, 1974-1991

Edades	1978-78	1978-82	1982-86	1986-91	1974-91
15-19	+1.5	-20.4	-20.0	-2.3	-36.9
20-24	-10.3	-5.3	-11.7	-11.8	-34.0
25-29	-16.7	-15.2	-4.6	-17.7	-39.2
30-34	-17.4	-17.9	-7.7	-16.7	-48.0
35-39	-23.1	-22.1	-16.3	-23.7	-61.8
40-49		-29.6	-26.4	-25.6	

* Niños nacidos vivos por cada mil mujeres

Fuentes: Instituto Nacional de estadística, geográfica e Informática.

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992

Tercero, el mayor acceso de la población pobre de la sociedad, particularmente en el medio urbano, a los servicios de salud, lo cual conjuntamente con la creciente medicalización del embarazo, ha puesto de manifiesto, al contrario de lo que sucedía cuando no se tenía acceso a estos servicios- la alta incidencia de este tipo de embarazos, muchas veces problemáticos por las condiciones en que se presentaban.

El resultado de estos tres factores, visto desde las clínicas y hospitales, es que la proporción de embarazos entre las mujeres jóvenes, ha aumentado de manera muy visible y significativa en los últimos quinquenios, y que muchos de estos embarazos presentan problemas. Esto puede parecer cierto si se comparan, a lo largo del tiempo, la incidencia y el resultado de los embarazos y partos de todas las mujeres que acuden a los centros de salud para ser atendidas: han disminuido proporcionalmente las mujeres de edades mayores y, correlativamente, han aumentado las más jóvenes, así como también ha aumentado la proporción de mujeres pobres –con un mayor riesgo de daños para la salud- que acuden a

los hospitales. Pero, seguramente no es cierto para el grupo de las mujeres adolescentes en particular: entre ellas, la fecundidad y el embarazo, así como probablemente también la incidencia de daños a la salud como resultado de éstos, son cada vez menos frecuentes en términos relativos.

Un cuarto factor que está contribuyendo a que el embarazo adolescente se considere como un problema social es la ocurrencia creciente de este tipo de embarazos en contextos normativos en los que se supone no debiera ocurrir.

Para las generaciones anteriores a las nuestras, los embarazos de jóvenes entre los 15 y los 20 años de edad no eran considerados por la mayor parte de la población como algo indebido o indeseable –cuando menos no en el mismo grado en el que lo son ahora-. La mayoría de las adolescentes, particularmente de la población rural, -que era la más numerosa- no asistía a la escuela o lo hacía unos cuantos años; la maternidad era prácticamente la única función de la mujer, y la postergación de la unión o matrimonio hasta después de los 20 años de edad no era una norma generalizada.

Entonces, las uniones tempranas eran más comunes que ahora, y cuando el embarazo ocurriera antes de ellas, frecuentemente se legitimaba muy pronto con la unión –ya fuera consensual o matrimonial-. Esto último aún ocurre en sectores importantes de la población mexicana, pero se ha modificado para muchos otros que, correlativamente con el cambio social y cultural que ha ocurrido a partir de los años cuarenta en México, ha incorporado la aspiración de posponer el embarazo hasta después de los 20 años. Considerando de esta manera a sectores numerosos de la población femenina que se han incorporado de manera creciente a una escolarización extendida y a la aspiración y necesidad de desarrollar alguna actividad propia además de la maternidad. Esto ha dado lugar a lo que se ha llamado el alargamiento del período de espera (para la unión y la maternidad) y que, al no ser acompañados por una sexualidad protegida, conduce a lo que puede denominarse la extensión del período de riesgo de un embarazo no previsto o no planeado anterior a la unión.

Por tal razón los programas de educación sexual preventivos no pueden ser simplistas y deben, estar encaminados a considerar de manera integral las relaciones familiares, los valores, la autoestima, la toma de decisiones y la comunicación con la pareja, entre otros factores, para que la vida sexual de los jóvenes sea más saludable y responsable.

Finalmente, podemos señalar que el inicio temprano de las relaciones sexuales propicia no solo un embarazo no planeado, sino que además puede ser causa de ciertas alteraciones sobre la salud en este tipo de población, a esto podemos, agregar que la percepción social de la sexualidad y la iniciación temprana de relaciones sexuales esta propiciada por una serie de factores que pueden estar interrelacionados con el estilo de vida de los adolescentes, es decir, que no es un factor en sí mismo el que provoca esta situación, sino la presencia de dos o más factores, como pueden ser el constante contacto con personas del sexo opuesto, los sentimientos hacia su pareja, entre otras características sociales y de personalidad de los adolescentes.

Capítulo 5

***ESTILO DE VIDA
Y
PERCEPCION SOCIAL***

ESTILO DE VIDA Y PERCEPCION SOCIAL

5.1 ESTILO DE VIDA.

5.1.1 Constitución del concepto Estilo de Vida.

De todos los conceptos que refieren a la importancia de las condiciones de vida como causal y mantenimiento de los padecimientos, el concepto de estilo de vida es el que ha tenido mayor visibilidad y aplicación en las últimas décadas por parte de los salubristas. (Bauer, 1980; Berlinger, 1981; Blaxter, 1990; Davidson et al, 1992; Gottlieb y Green, 1984; Pill y Stott, 1987; Syme, 1978).

Este concepto fue desarrollado por las ciencias sociales e históricas alemanas entre 1880 y 1940, y aplicado a las diferentes esferas de la “civilización” como el arte, la economía, la política, el pensamiento, la ideología y también la vida cotidiana. Constituye uno de los conceptos clave con que los historicistas alemanes trataron de captar las totalidades culturales de modo general, y de particularidades que tenían una estructuración propia de significado.

El desarrollo Weberiano de este concepto, (Weber, 1964) fue aplicado a la descripción de formas diferentes según clases sociales y articulado con corrientes psicoanalíticas y fenomenológicas, fue utilizado tempranamente para la interpretación de problemas de salud mental y para el desarrollo del concepto “vida cotidiana”.

Pero además las derivaciones historicistas dieron lugar a que la antropología cultural estadounidense se apropiara de esa noción con la formulación de nuevos conceptos, cuyo origen esta en estas tendencias alemanas (Benedict, 1932; Opler, 1945).

Además este concepto tiene fuerte desarrollo, aunque con otra denominación dentro de las corrientes británicas de estudios sociológicos e históricos

El objetivo era producir un concepto que a partir de las dimensiones materiales y simbólicas posibilitará la articulación entre sectores macro (estructura social) y de los

grupos intermedios expresados en sujetos cuyo comportamiento se caracterizaba por un determinado estilo ejercitando en la vida cotidiana personal y colectiva.

Era un concepto holístico ya que por medio del sujeto/ grupo pretendía observarse la globalidad de la cultura expresada mediante estilos particulares.

La epidemiología utilizó este concepto eliminando la perspectiva holística, reduciéndolo a conducta de riesgo²⁶ y limitando o no incluyendo la articulación entre las condiciones materiales e ideológicas. Desde la perspectiva antropológica, diremos que el comportamiento de un adolescente en riesgo de embarazo no debe de ser reducido a este en sí, escindido de las condiciones en las que el joven produce- reproduce de su vida. El estilo del adolescente es su vida, y no sólo el riesgo específico.

Ahora bien, desde la perspectiva epidemiológica lo importante sería el logro del abatimiento o eliminación del riesgo, por lo cual si realmente se logra la disminución o la incidencia del daño, pasa a ser secundario que el concepto se maneje o no en términos holísticos. En consecuencia la cuestión radica en observar si el tipo de aplicación sirve realmente para reducir factores de riesgo²⁷.

La aplicación biomédica “extrajo” el padecimiento de los procesos culturales y sociales en que se desarrolla, y utilizó el concepto estilo de vida para describir rasgos específicos de comportamientos relacionados primero con determinadas enfermedades crónicas, y más tardíamente con las violencias y adicciones. Es decir, que este concepto no solo fue utilizado para describir rasgos aislados, sino que redujo su aplicación al estudio e intervención de determinados padecimientos excluyendo las enfermedades infectocontagiosas o la de nutrición, pese a la relación de las mismas con determinadas formas (estilos) de vida.

²⁶ La **conducta de riesgo** se define como: la forma específica de comportamiento de la cual se conoce su relación con una mayor susceptibilidad a enfermedades específicas o a un estado de salud deficiente.

²⁷ El **factor de riesgo** incluye el nivel económico, social o biológico, la conducta y otros estados conocidos por estar asociados o ser causa del aumento de la susceptibilidad a una enfermedad específica, a un estadio precario o a un accidente.

En concepto de estilo de vida y el de riesgo ameritan una revisión epistemológica, para recuperarlos de su uso epidemiológico actual. Como ya se señaló el primero se aplica casi exclusivamente al estudio de las enfermedades crónicas, más aún, aquel comenzó a ser aplicado a partir de la década de los cincuentas, y sobre todo desde los 60's en relación con las enfermedades cardiovasculares, en particular, referido al hábito de fumar (Kannell, 1983).

Para la perspectiva socioantropológicas, no es el estilo de vida individual la causal básica, ni lo que explica la mayor o menor eficacia del consejo médico para reducir los riesgos en la población, sino la pertenencia a un sector o subsector social determinado.

En el caso latinoamericano los estilos de vida mediante el concepto de cultura o de patrones culturales se aplicaron más al estudio del campesinado y de los "marginales urbanos". Los trabajos de antropólogos como Foster (1965 y 1972) sobre el "bien limitado", o de Erasmus (1969) sobre el "síndrome del escogido, expresan de esta manera de pensar, en la que los comportamientos respecto del control de la enfermedad o la relación curador/ paciente son referidos a las características globales de su cultura.

Cuando se señala que gran parte de los comportamientos de riesgo (conductas de riesgo) se han modificado básicamente por la influencia de las condiciones sociales y culturales que operan en la vida cotidiana y no por el consejo (plática) médico, se está justamente asumiendo la significación del estilo de vida como un efecto de globalidad y no de comportamiento individual.

Es en función de incluir los riesgos dentro de los estilos de vida entendidos en términos holísticos, como se nos permitirá entender los comportamientos y los riesgos, y no el comportamiento específico en sí. Así, cuando observamos el embarazo en adolescentes, no tan solo es juzgar el acontecimiento, sino es analizar la situación bajo la cual se dio esta conducta.

Un concepto estrechamente asociado al concepto estilo de vida y muy utilizado por epidemiólogos es el riesgo. Al respecto se dan dos aspectos que operan como trasfondo permanente en el uso diferencial de este término.

En muchos autores existe un supuesto, explicado o no, de que las condiciones económico - políticas e ideológicas actuales generan más riesgos que “antes”, en el ámbito colectivo (violencia en las ciudades, embarazos en adolescentes, sida, etc.) y consideran que los estilos de vida actuales son más riesgosos, es decir “que la sociedad moderna expone al individuo a riesgos adicionales, riesgos que el individuo no puede determinar y que son puestos en marcha como resultado de decisiones tomadas en el seno de organizaciones públicas o privadas” (Oden, 1982).

En lo que se refiere a la relación específica de este concepto (riesgo) con el estilo de vida, ya que una tendencia de la biomedicina es colocar el riesgo casi exclusivamente en la responsabilidad del sujeto. Sin negar una parte de dicha responsabilidad, lo importante es recuperar el papel causal de las condiciones estructurales tanto en su relación con la responsabilidad del sujeto, como respecto de la producción empresarial de enfermedades.

El riesgo colocado exclusivamente en el sujeto supone explícita o implícitamente que dicho sujeto es un ser libre con capacidad y posibilidad de elegir. La elección individual no puede ser separada de las condiciones estructurales que la posibilitan. En última instancia el concepto estilo de vida a sido aplicado, en gran medida, para explicar la conducta de los sectores sociales que pueden comparativamente elegir y que tienen una determinada cultura de riesgo.

Trabajos aparecidos sobre el estilo de vida en el Index Medicus en la década de los 70's; recalcan la idea de que los estilos de vida a pesar de estar determinados por las condiciones de vida en que vivían las personas (contexto sociocultural), más bien correspondía a sus comportamientos voluntarios individuales, esto los orillo a suponer que la salud de una persona estaba más en sus propias manos que en la de los médicos, por tanto se volvió necesario proporcionar a las personas los conocimientos y habilidades

necesarias que pudieran controlar sus propios hábitos y las condiciones del entorno que perjudican su salud.

De acuerdo a lo ya descrito **Estilo de vida** “representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ellas”²⁸

En este sentido existen cuatro factores que determinan estilos de vida saludables; esto es, de ellos depende en cierta manera que los comportamientos saludables se establezcan, cambien o se extingan en el repertorio de la persona. El primero es el condicionamiento; un condicionamiento instrumental, en segundo lugar los comportamientos vienen determinados por los modelos (aprendizaje vicario). El tercero, son los factores cognitivos importantes en la adquisición y mantenimiento de conductas de protección y promoción de la salud (ejemplo de ello son las creencias respecto a la salud – enfermedad). Finalmente se encuentran los factores sociales que determinan conductas saludables (por ejemplo, la influencia social vista en forma de apoyo social).

Finalmente, el estilo de vida de una persona; además esta compuesto, por sus relaciones habituales y por las pautas de conducta, que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en relación con los padres, compañeros, amigos, la escuela, o por la influencia de los medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas, percibidas, atribuidas (se analizarán más adelante) y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones.

²⁸ Según Lalonde Marc. “El concepto de campo de la salud. Una perspectiva canadiense” En: Promoción de la Salud: Una antología OPS- México (1996) p.3-5

5.2 PERCEPCIÓN SOCIAL

Conforme se fue desarrollando la Psicología Social, surgieron explicaciones sobre procesos psicosociales muy específicos, cada vez mejor fundamentados; sin embargo, carecieron de relevancia social por su misma super - especialización. Algunas de estas micro- teorías, tales como las diferentes versiones de la atribución y del conformismo, recibieron mayor atención, porque sus teóricos se ocuparon de vincularlas a problemas amplios, como los prejuicios y la percepción.

En el presente capítulo centraremos nuestra atención sobre uno de estos problemas, la percepción social, a partir de la cual nos proponemos analizar cual es la percepción de riesgo que tienen los adolescentes ante un embarazo.

5.2.1 Breve historia de la percepción

Antes de que la percepción social se convirtiera en foco de interés para la psicología social, el proceso perceptual comenzó a ser estudiado por la Psicología General, donde fue entendido tradicionalmente como un mecanismo de recepción de estímulos, dependiente de las características estructurales de la estimulación y del funcionamiento del sistema nervioso.

Por otro lado durante el período anterior a la segunda guerra mundial, se consideraba que el estudio de dicho proceso podía ayudar al esclarecimiento de ciertas áreas del desarrollo de la personalidad; en particular el prejuicio y los estereotipos, pocos son los científicos sociales interesados en tal labor, entre ellos generalmente se encontraban psicólogos sociales y de la personalidad quienes coincidían en la siguiente afirmación: “la gente ve lo que quiere ver del medio ambiente”. Su interpretación sobre ese ver no era literal sino metafórico.

Así a finales de la década de los 40's psicólogos como Bruner, Erickson, Klein, McClelland, McGuinnies, Murphy, Potsman, al tratar de esclarecer los determinantes de la percepción dieron origen a la corriente "NEW LOOK", estudios experimentales basados en procedimientos de laboratorio y dispositivos ideados para el análisis preciso de la identificación perceptiva y del juicio de los atributos, encaminados a explorar el papel que juegan los determinantes motivacionales de la personalidad en la percepción.

Bajo la idea de que "... con frecuencia, las percepciones son erróneas y que esto tiene relación sistemática con variables personales, como son las expectativas, los estados de humor, mecanismos de defensa preferidos, etc." (Jones, 1973), buscaron apartarse lo más posible del "ver" metafórico de la interpretación y acercarse al "ver" literal de la percepción.

Con la aparición de esta corriente pudo probarse la complejidad, lo dinámico, así como la verdadera magnitud de su funcionalidad. Se hizo hincapié en los llamados factores "funcionales" de los procesos perceptivos, es decir, la percepción no depende solo de la naturaleza de los estímulos, sino que sobre ella influye la subjetividad del que percibe. Percibir no es captar pasivamente estímulos, sino que depende de los estados y disposiciones del receptor; percibir es seleccionar, formular hipótesis, decidir, procesar la estimulación aumentando o disminuyendo algunos aspectos. Al igual que todo proceso la percepción resulta afectada por las características permanentes o momentáneas que conforma a las personas (Salazar, 1979).

Por otro lado, los estudios de transaccionistas y conductistas, aportaron datos importantes sobre la influencia del aprendizaje en la percepción, al remarcar el papel de la experiencia pasada, la cual facilita o dificulta la percepción. En particular suponemos; la influencia del aprendizaje social tendrá bastante importancia en la forma en como los adolescentes perciben los riesgos de un embarazo a esta edad.

Como resultado de estos estudios se observó una tendencia a percibir con mayor facilidad los estímulos con una carga positiva para el sujeto, entre ellos los que: **a)** nos reducen algún estado de tensión o de privación; **b)** pueden ser de utilidad en el logro de alguna meta; **c)** nos predicen de alguna manera eventos anhelados; o **d)** nos recuerda experiencias agradables.

Dichos hallazgos nos muestran como la información sobre nuestro entorno puede ser afectada por el proceso de percepción.

Tanto para Solley y Murphy (1960) como para Epstein (1967): “La percepción resulta afectada por la práctica, la frecuencia y duración del contacto con una determinada fuente de estimulación. El aprendizaje perceptual influye sobre los umbrales absolutos y diferenciales, los mecanismos de selección, disposición perceptual, rechazo, selección de información, mecanismos de categorización y clasificación de la información”. (Epstein, 1967; Solley y Murphy 1960; en Salazar, 1979).

Sin embargo la percepción, no depende únicamente de la naturaleza y características de los estímulos, sino además es afectada por los estados momentáneos o permanentes de los sujetos, el contexto del proceso y las expectativas respecto a las consecuencias reforzantes.

De acuerdo con “LA TEORIA DEL NUCLEO Y EL CONTEXTO”: “La percepción no se produce como resultado de la experiencia de una de las partes, es producto de la conciencia de un conjunto de ellas interrelacionadas. Los elementos, producto de este conjunto, constituyen las sensaciones simples que se integran a imágenes y/o las ideas producidas por las experiencias” (Bartley, 1975).

Debemos considerar aquí, conforme a la escuela de la Gestalt, para la cual la percepción está determinada por las características del campo como un todo, que la fusión de estas experiencias, obtenidas de observar y entender los acontecimientos tal y como se dan en la experiencia directa (vida cotidiana), dará como resultado ciertas evaluaciones.

Desde el punto de vista de la teoría de la percepción intergrupala, la percepción social, está en íntima relación con los procesos que existen al interior de una sociedad. En sus

experimentos sobre el conformismo Asch (1951) probó que la percepción se ve modificada por los juicios que los demás expresan. Sin embargo, cabe la posibilidad de que dicha modificación sólo constituya una respuesta por parte del sujeto para intentar evadir el conflicto con los demás.

Posteriores investigaciones defienden la posibilidad real de un cambio en la percepción retiniana. Sin tal aseveración es también cierta para la percepción social, podríamos suponer que la influencia de las opiniones de los demás (medios masivos de comunicación, discursos políticos, pintas callejeras, etc.) ocasiona cambios reales sobre los sujetos.

5.2.2 Contextualización de la Percepción Social y sus Aportaciones

Durante los años 30's, surge el campo de estudio de la Percepción Social, que generalmente se entiende en el sentido de la percepción de las personas, aún cuando hay que subrayar el interés que pocos, durante mucho tiempo, tienen una fuente de recuperación, específicamente en el caso de Henry Tajfel en Inglaterra, que se interesa en los determinantes sociales de los procesos perceptivos.

Sin embargo, ¿Qué es la percepción social?. Es importante hacer notar que abarca comprender otra vida, activa e independiente, así como la acción de otras personas. Implica interacción, es decir, la forma como nos conocemos, nos relacionamos y comunicamos con los demás, por lo cual puede variar conforme se obtiene la información: así probablemente tengamos un pésimo concepto de quien se embaraza en edad adolescente, sin embargo, tal concepto puede cambiar o reforzarse si conocemos la razón de esta conducta.

Gracias al proceso de percepción las personas se relacionan con su entorno, pues al percibir, el individuo interpreta, discrimina, clasifica, evalúa e identifica a las personas o eventos experimentados como existentes en el medio ambiente; sin embargo, estas percepciones están mediadas por las características de la sociedad. Es difícil que personas de diferentes culturas, o apenas de ambientes educativos distintos compartan percepciones

semejantes; esto en virtud del condicionamiento anterior, el cual las conduce a percibir elementos diferentes en una misma estructura, o por lo menos, a subrayar ciertos elementos en mayor o menor grado (Rodríguez, 1985).

Así, la percepción social cumple con la función de brindar identidad al grupo y al individuo diferenciándolo de otros grupos e individuos. Para ello son determinantes:

- a) La proximidad social de los miembros
- b) Su similitud de actividades y las experiencias compartidas a partir de la intercalación.

Estas condiciones, dan homogeneidad en las percepciones intragrupal, proporcionan al grupo un reconocimiento intra e inter grupal de membresía; respecto a nuestra investigación diremos que la influencia sobre su percepción al embarazo a esta edad, variaría hacia el grupo si interactúan con jóvenes embarazadas y/o empatizan con este grupo, probablemente su percepción hacia el embarazo diferirá con respecto al de los adolescentes que no interactúan, ni empatizan con tal grupo.

Con respaldo en el razonamiento de Sampson (1981) notamos que los integrantes de un grupo perciben a otros, basándose en los intereses y valoraciones de su grupo de pertenencia (entiéndase como el conjunto de personas que interactúan entre sí y que son importantes para un sujeto, debido a que este orienta su conducta como resultado de su relación con ese grupo). Por ello, cuando obtenemos sólo partes de la información sobre algún evento tenemos la capacidad de poder completar los segmentos que nos faltan (interpretar) a partir de nuestra experiencia cultural, emocional y social. Lo cual nos muestra en el caso de los adolescentes respecto a sí se embarazan o no, la percepción de los riesgos, será diferente de acuerdo a ese bagaje cultural, emocional y social adquirido a lo largo de su vida, es decir, las condiciones como han vivido, pues dependiendo de su vida cotidiana será también su percepción.

Esto último es apoyado por el siguiente hecho: “las personas que tienen prejuicios hacia determinados grupos sólo observan en ellos las manifestaciones que concuerda con su

visión y omiten todo aquello que contradiga tal apreciación” (Rodríguez, 1985). En tal caso la percepción mediada por los procesos intergrupales nos permiten inferir que la imagen de los adolescentes hacia la percepción de riesgos de un embarazo, esta determinado por las características ya sea positivas o negativas que ellos tengan de este acontecimiento, y tendrán gran peso en el momento de distinguir las consecuencias de un embarazo. En cambio, sí las consecuencias son desfavorables o no le agradan al adolescente resaltarán los aspectos negativos e ignorarán los aspectos positivos.

La selectividad perceptiva se manifiesta claramente también en las conductas prejuiciosas, de esta forma, podemos observar como cuando un suceso tiene consecuencias importantes para la autoestima de la persona, el sujeto puede pasar por alto ciertos incidentes, es decir, la percepción de los hechos en los cuales esta personalmente comprometido o implicado se encuentra sujeta a desviaciones subjetivas.

La selectividad y los patrones psicológicos, están influidos por el mero hecho de que el individuo responde a los estímulos como miembro de una clase o conjunto y no como entidades discretas. Percibimos la causa de la acción de los demás en tres dimensiones; la responsabilidad de las personas en el acto, la intensión y la justificación del mismo (Pepitone en Leo Mann, 1990), las cuales en este caso.

De este modo podemos entender la percepción social, como un proceso por el cual nos formamos una impresión (conceptualización), interpretamos, damos significado e identificamos a otra persona, situación o hecho; en el cual intervienen una serie de experiencias pasadas y presentes.

Se trata de un proceso, porque para poder percibir es necesario categorizar, atribuir y finalmente construir una impresión. Además, la percepción social no es algo establecido, ni estático, por el contrario se encuentra en permanente cambio, y su situación particular esta mediada tanto por la importancia que guarda el objeto social percibido, y el contexto, del objeto percibido (precepto), como del sujeto perceptor.

5.2.3 Categorización Social

Como parte del proceso de percepción abordamos dentro de este apartado el tema de categorización social.

La categorización social ayuda a organizar la percepción que el individuo tiene de su ambiente, a través de la evaluación de la forma como se estructuran las relaciones intergrupales y la diferenciación entre grupos e individuos. (Doise, 1977)

Mientras que para Tajfel en 1972, consiste en “un proceso que explicaría la simplificación que se opera en la percepción del mundo físico y social, y el modo en que el individuo organiza la percepción subjetiva de su ambiente...”; Turner la califica como aquella “representación cognitiva de la división social en grupo” (1987).

En el presente estudio consideramos la categorización social como un elemento del proceso de percepción social bajo el cual el individuo se ayuda a organizar cognitivamente sus experiencias pasadas y presentes, permitiendo así la diferenciación grupal e interindividual.

En este sentido da cuenta de comportamientos diferenciadores que permiten producir determinadas transformaciones sociales, es decir, las experiencias conforman en los individuos grupos de características bajo una misma imagen, llamadas categorías, las cuales sirven para disponer con mayor celeridad del recuerdo.

Para Doise dicha diferenciación categorial representa un proceso psicosocial por medio del cual observamos, de que manera las relaciones entre grupos conforman las representaciones, valoraciones y comportamientos de los individuos participantes dentro de las interacciones articuladas en la dinámica colectiva de diferenciación e interpretación grupal (1977).

Como se ha dicho, dentro de todo grupo social se forma y establece un sistema de creencias, valores, símbolos y **estilos de vida**, compartidos, los cuales al ser interiorizados por sus miembros y percibidos como propios brindan identidad; pues el individuo se

percibe a sí mismo dentro de ciertas categorías que le permiten diferenciarse de los otros. (Turner, 1987).

En tal diferenciación es importante el tipo de relaciones que se establecen al interior del grupo. Así, si la dinámica social confronta a los individuos, el antagonismo surgido entre ellos desencadena valoraciones recíprocas negativas y comportamientos hostiles.

Nuestra diferenciación categorial cotidiana se produce con acción de las diferenciaciones objetivas de la realidad social, dándose así una diferenciación de orden valorativo, representativo y de comportamiento, tratando de mantener un equilibrio. Así "... la diferenciación categoría es, pues, un proceso psicosociológico que liga las actitudes individuales a las actividades colectivas a través de evaluaciones de representaciones intergrupales" (Doise, 1977).

Por otra parte, un conjunto de categorías frecuentemente es subdividido para lograr una mayor exactitud en todo juicio. En nuestras subcategorías, se reconoce por lo general la existencia de una jerarquización que va de los casos individuales (con sus características particulares), hacia las categorías más amplias (con muchos elementos con varios rasgos comunes), generalizándose por ejemplo el riesgo de embarazarse en edad adolescente, basado en las experiencias pasadas y presentes.

De tal modo el conocimiento preciso sobre los estímulos pertenecientes a dos categorías diferentes, dirigirán nuestro comportamiento. La elaboración de estas afectará lo codificado en la memoria de tal suerte que también la situación de percepción influye en los juicios.

Con todo esto, ¿cómo se realiza la categorización? Según Stephan: "los objetos son puestos dentro de las categorías sobre la base de su similitud en una o varias dimensiones, cuando los sujetos son ubicados dentro de una categoría, las diferencias entre ellas, a lo largo de la dimensión que define las categorías, es considerada menos importante que su similitud en esa dimensión" (1985).

Existe la tendencia cuando se pertenece a un grupo y se califica a otro sobre la dimensión valorativa de que los miembros del mismo se sitúen más cerca del polo positivo a su propio grupo que el otro. (Doise, 1977).

Sin embargo, las representaciones entre grupos evolucionan en función de las condiciones subjetivas entre los miembros; de este modo, en virtud del funcionamiento asimétrico del proceso de diferenciación categorial el cual depende del lugar que ocupan los grupos en la sociedad.

Turner (1987) observa en sus experimentos que al imponer a las personas categorizaciones sociales aún al azar y de modo explícito se produce una conducta intergrupala discriminatoria, y se lleva a cabo una cohesión intragrupal en forma de actitudes más positivas y de mayor empatía intragrupal.

Dentro del área de investigación sobre categorización, se pueden distinguir dos momentos:

- a) Cuando la información sobre algo parece suficiente, tendemos a comparar a ese algo (objeto o persona) con el prototipo (el caso ideal, más típico o mejor conocido), con base en sus características.
- b) Si la información sobre una persona no es suficiente, el juicio sobre su pertenencia a alguna categoría depende de que ese algo tenga un comportamiento consistente al que conocemos del prototipo. Así, si la información, los objetos o sujetos tienen más características comunes con el prototipo son categorizados con mayor facilidad por las personas, en términos de su estilo de comportamiento.

Rosch, et al. (1976) defienden la presencia de niveles más comunes, como serían el sexo (hombre- mujer), el estatus social (pobre- regular- rico), la edad (niño- adolescente- joven-adulto- viejo), etc., en donde los estímulos (personas, características) sociales son asignados a múltiples categorías para lo cual los individuos van a comportarse de acuerdo a la dimensión que les resulta más importante (estatus, edad, raza, religión, personas con poder, etc.); dependiendo de la situación.

Para la corriente francesa de Psicología Social la existencia de criterios múltiples de pertenencia a las categorías, implica que hay diversas formas de indentificar a una persona de acuerdo a sus diferentes grupos de pertenencia. (Doise, 1991).

Así, de acuerdo a la dimensión que utilizamos para categorizar (según nuestra experiencia) será nuestra tendencia a interactuar con los miembros de dicho grupo sin importar tanto la categorización estrictamente individual. (Malpass y Kravits, 1969; Chance y Goldstein y Mc Bride, 1975)

Parte del proceso de categorización en el presente estudio consiste en acentuar las diferencias percibidas entre un grupo y otro, además de disminuirlas al interior de los grupo; una consecuencia de ello es que la asimilación y el contraste (como se denomina a lo anteriormente expuesto), facilita la formación de estereotipos, promueve las actitudes negativas entre los grupos sociales, facilitan la generación de expectativas inapropiadas, llevan a la desumanización de los miembros del exo- grupo y dificultan los intentos por cambiar los estereotipos. Stephan (1985), aumentando de tal forma la valoración positiva de aquellos grupos categorizados como semejantes.

Ahora bien, ¿sobre cuál dimensión se realiza la categorización? la respuesta del modelo genético se refiere a la visión general de un grupo respecto a mundo, así "... cuando más próximos ideológicamente se encuentran los sujetos de la fuente de influencia, más creen compartir diversas definiciones sociales de su identidad (Mugny y Pérez, 1991). Esto es mientras más cercanos estemos al grupo con el cual nos comparamos, más validez les daremos a sus normas.

5.2.4 Atribución

A partir de los 70's el estudio del Proceso de Atribución se convirtió en una de las áreas más activas de la Psicología Social. La utilidad de dicho proceso radica en que las atribuciones se presentan como respuesta del individuo al tratar de explicarse la razón de las cosas y de los actos de la gente. Al respecto Heider supone que: "... la gente esta constantemente haciendo atribuciones causales a fin de entender, predecir y controlar su mundo." (Perlman y Cozby, 1985).

La vida cotidiana nos obliga para evitar el caos a juzgar las causas e implicaciones de nuestro comportamiento y de los demás, a dar un significado a todos aquellos sucesos en donde somos partícipes; pues de esta manera obtendremos predicibilidad o certezas con respecto a nuestra interacción con los demás.

En este sentido, la teoría de la atribución y en particular el estudio de las atribuciones causales, mediante las cuales establecemos una relación causa- efecto con respecto a un fenómeno.

Todos los días hacemos atribuciones sobre sucesos donde participamos o tenemos noticias; acontecimientos como los frecuentes embarazos en adolescentes, cuya información, cuando la llegamos a conocer no es suficiente clara para brindarnos una explicación a ciencia cierta del porqué y cómo sucedieron las cosas; entonces, elaboramos a partir de la información obtenida una serie de "supuestos" para explicarnos las causas. Con base en tal elaboración guiamos nuestro comportamiento podríamos decir entonces que el proceso de atribución funciona como mediador entre los estímulos externos (ambiente) y nuestra respuesta a estos; la cual incluye cogniciones, afectividad y comportamiento.

Además de **a)** la predicibilidad y **b)** la explicación de nuestro entorno, Vander Zanden (1986) menciona dos funciones más sobre la atribución **c)** preservar, mantener o ampliar determinadas creencias de nosotros mismos y **d)** nos ayudan a forjar nuestro comportamiento ante los demás. Si reflexionamos un poco sobre estas cuatro funciones podemos darnos cuenta de integración a un engranaje que nos permite crear un orden

cognitivo sobre nuestro mundo; así por ejemplo, al enterarnos de que una adolescente esta embarazada, trataremos de explicarnos el suceso, atribuyéndoselo tal vez; a la curiosidad sexual, a la búsqueda de independencia, a la carencia de afecto, a la posibilidad de sentirse adulto, etc., con lo cual estaremos en posición de imaginar una serie de características de personalidad y de las posibles razones que la adolescente tuvo para tener relaciones sexuales; las cuales podremos repugnar, justificar, apoyar o “ignorar”, según nuestros propios valores, actitudes, sentimientos y/o creencias. Nuestra experiencia nos dice que podremos tener acceso a mayor información si le preguntamos directamente a la adolescente. La predictibilidad nos permite guiar así nuestro comportamiento según la finalidad que buscamos alcanzar.

Heider quien sentó las bases teóricas para el estudio de las atribuciones causales, esa relación de causa y efecto en la sucesión de dos fenómenos cotejados, donde por lo general se presume la predicción de que si un suceso ocurre, otro que por lo regular sucede al primero lo hará nuevamente; trató de describir la manera como cotidianamente percibimos y explicamos nuestro comportamiento y el de los demás, a partir de la psicología de la persona y de las propiedades más importantes del carácter; como son: sus acciones, sus motivaciones, sus afectos, sus creencias, etc.

Este autor consideró necesario para poder comprender la conducta del individuo, la atribución de sus actos o rasgos principales del mismo y vislumbró la necesidad ineludible de atribuir los acontecimientos observables a rasgos humanos; según lo cual, es probable que cuando conozcamos una conducta de riesgo (en adolescentes), atribuyamos el hecho a los rasgos de la persona que tuvo tal conducta y no a las circunstancias o a la situación. En este sentido, probablemente al pedir a los adolescentes valoren esta misma conducta de riesgo, llevada por otras personas con distintas características; sus evaluaciones sobre tal acontecimiento difieran de acuerdo a su categorización.

Con su teoría del “Análisis ingenuo de la acción”, Heider (1958), trató de explicar el proceso por el cual alguien desprovisto de información comprende el sentido de los actos de otra persona. Consideró el origen y el efecto, el actor y el acto como partes integrantes

de una unidad causal. Tal análisis se efectúa sobre el comportamiento observable y las causas que no lo pueden ser, estableciendo así, relaciones entre estímulos cambiantes y propiedades estables del mismo, a través de la atribución de causas externa e internas. Situó las causas internas al interior de la persona (capacidad, esfuerzo, etc.) y las causas externas al exterior (suerte, dificultad de la tarea, etc.).

Jones y Nisbett (1971) señala, que en la vida cotidiana lo típico es distinguir entre dos clases de causalidad: la interna y la externa: la CAUSALIDAD INTERNA consiste en atribuir la responsabilidad de los sucesos a cualidades y rasgos personales de un individuo; la CAUSALIDAD EXTERNA implica atribuir dicha responsabilidad a circunstancias ambientales y situaciones fuera del alcance del individuo (Vander Zanden , 1988).

Al respecto Perlman y Cozby (1985) señalan que solemos dar crédito a nuestros éxitos y evitar responsabilidad por nuestros fracasos; según los cuales mostramos tendencia a imaginar factores internos subyacentes en la conducta de otras personas, y factores externos controladores de nuestra propia conducta (Vander Zanden, 1988). Ejemplo: solemos ser más tolerantes cuando juzgamos nuestra propia conducta, si esto sucede, es posible que en general las personas, al tener una conducta de riesgo le otorguemos un juicio distinto, siendo este más rígido.

Por su parte, Jones y Davis (1965) tuvieron como propósito construir una teoría para explicar las inferencias del observador sobre los rasgos del carácter u la intención de un actor a partir de determinada acción. Así surgió su “Teoría de las inferencias correspondientes”, la cual trato de dar respuesta a la interrogante de porqué el observador atribuye el comportamiento de un actor a rasgos particulares de este; tomando en consideración la intención subyacente del acto y su consistencia con la anterior conducta.

Según estos autores las inferencias correspondientes son facilitadas por: ”principio de los efectos no comunes”, es decir, la intención y disposición de una acción es determinada por

la diferencia entre las consecuencias del acto elegido y que tendrían otras posibles opciones de acción no elegidas.

Otro principio que facilita tales inferencias es la “deseabilidad social”; pues el comportamiento indeseado socialmente nos brinda mayor información sobre las características del actor.

Tenemos así que inferimos la intención del actor a través de un acto, valiéndose de una comparación entre sus efectos y los efectos que tendría una opción de acción no elegida; por otro lado, a menor deseabilidad social de dicho acto, mayor información obtendremos sobre las características del actor.

Weiner (1972, 1979) ha basado su enfoque sobre la atribución en cuatro conceptos: SUERTE, CAPACIDAD, ESFUERZO Y DIFICULTAD DE LA TAREA. Propone que la atribución sea examinada en términos de una dimensión de ESTABILIDAD (causa estable- inestable), una dimensión de CONTROL (causa controlable- incontrolable) y una dimensión de INTERNABILIDAD (causa externa- interna). El agregado de estas dimensiones a los conceptos mencionados, dan origen a cuatro factores de atribución:

- Suerte (inestable, incontrolable, externa)
- Capacidad (estable, incontrolable, interna)
- Esfuerzo (inestable, incontrolable, interno)
- Dificultad de la tarea (estable, incontrolable, externa)

De tal modo, podemos atribuir un cierto suceso a la capacidad o esfuerzo nuestros o ajenos, a la mera suerte o a la dificultad de la tarea.

En 1955 Thibault y Riecken obtuvieron como resultado de un detallado experimento que las relaciones de estatus influyen en nuestra percepción de la causalidad (Zanden, 1988). En tal caso para valorar el embarazo en adolescentes diferirá dependiendo del estatus de la persona que emita su juicio.

Por otro lado, Perlman y Cozby (1985) sostienen que: el efecto de los hechos dependerá de las atribuciones hechas acerca de los acontecimientos. En este sentido un embarazo no planeado puede parecernos en mayor o menor medida riesgoso dependiendo del tiempo atribución causal supuesta. Por otro lado sostiene; tendemos a percibir las causas de los acontecimientos que benefician o dañan a la gente, de manera que hagan al mundo menos amenazante para nosotros. Si esto es cierto el caso de los embarazos en adolescentes la gente podría realizar atribuciones causales para justificar a los actores.

Si suponemos que los sucesos no desenvuelven de manera aleatoria o fortuita, pues existe una calculabilidad lógica, y el universo se caracteriza por ciertas regularidades y concurrencias de modo que podamos explicar las causas de un acontecimiento o predecir sus efectos; la explicación y la predicción nos brindarán un sentimiento de seguridad y control ante el mundo, pues con base a ellas, nos presentamos ante los demás como una clase especial de la persona, con el propósito de obtener ciertos resultados (Vander Zanden, 1988).

5.2.5 Formación de impresiones

Un aspecto importante para el Proceso de Percepción es la FORMACION DE IMPRESIONES, las cuales son altamente influenciadas por el contexto pues interpretamos las reacciones de los demás tomando en cuenta los antecedentes o el entorno social. Haciendo uso de la información disponible; realizamos inferencias de las disposiciones subyacentes a la acción, que nos brinden una explicación del evento; pero nuestra tendencia a pasar más allá de la información dada nos conduce a realizar inferencias en base a otras; formando deducciones de personalidad y carácter de otras personas calificando las situaciones, y los eventos, que nos dan como resultado la formación de impresiones.

Es común escuchar decir a la gente que: “con la primera impresión basta para conocer a una persona”, esto es muy importante y de hecho sucede en nuestra propia escala, en donde se da el efecto de primacía.

Al respecto, Sherif en 1975 obtiene que: “las primeras impresiones sobre una persona cambian a medida que se recibe información, así las primeras impresiones tienden a ser muy resistentes al cambio. Existe un poderoso efecto de primacia en la formación de impresiones” (Perlman y Cozby, 1985).

La manera como percibimos a una persona durante el primer contacto con ella, es muy importante, pues a partir de la información disponible en ese momento: sus gestos, su manera de hablar, su postura, su vestuario, sus reacciones, sus comentarios, etc. realizamos atribuciones solo a medida que obtenemos mayor información, la cual deberá ser consistente con la impresión ya existente, esto debido precisamente al efecto de primacia, según el cual, “... la información inicial tiene mayor efecto que la información posterior, conforme la gente intenta integrar esta información posterior dentro de la estructura que se ha formado con base a las primeras impresiones.” (Howard S, Friedman en P.C. Cozby, 1985).

Otro aspecto importante son los **ESTEREOTIPOS** de la gente: un estereotipo social existe cuando varios miembros de un grupo acentúan las diferencias que existen entre los miembros de su grupo y los miembros de otro grupo, acentuándose así mismo las semejanzas entre los miembros de este otro grupo. La evaluación de un estereotipo es difícil de llevar a cabo, puesto que es necesario contar con medidas objetivas que indiquen las variaciones de una característica en el interior de grupos y entre grupos de individuos para comparar estas variaciones con las percibidas por un grupo de individuos (Nota Irene); los cuales pueden bloquear la formación de una impresión seguida de otra.

Resumiendo diremos que una cognición es cuando intenta, los individuos, poner las cosas en orden y obtener una visión estable del mundo físico o social, cada individuo realiza inferencias las cuales le permiten atribuir causas a los efectos y hacer previsiones. Donde a falta de información apropiada, son muchos los que se someten a los prejuicios y los errores sistemáticos. Al buscar el origen de dichos prejuicios y errores, lo encontraremos en

las teorías implícitas, los esquemas y otros procesos psicosociales que canalizan a abundancia de información que hay que tratar. Las teorías sobre la epistemología del sabio aficionado, atribución causal o cognición social, están basadas en la visión de la actividad cognitiva. Pero las experiencias, las palabras y las imágenes del pasado ausentes en suma, no son experiencias de las palabras y de las imágenes del pasado, sino que continúan actuando y envolviendo las experiencias, las palabras y las ideas presentes.

Capítulo 6

***MODELO DE INVESTIGACION
ACCION PARTICIPATIVA***

MODELO DE INVESTIGACION ACCION PARTICIPATIVA

6.1 ORIGEN DEL MODELO DE INVESTIGACION ACCIÓN PARTICIPATIVA

Desde fines del siglo XIX el término Investigación Acción Participativa, se abren dos vertientes o paradigmas para entender y aplicar las relaciones entre teoría y práctica. Ambos enfoques la determinan: uno se dirige al estructural funcionalismo, en convergencia política con la burguesía dominante; otro hacia el materialismo histórico, en convergencia política con las clases explotadas por el capitalismo.

La lógica del funcionalismo, dirigida al mantenimiento del estado de cosas, visualiza la investigación acción como una metodología de la ciencia aplicada.

Desde el materialismo histórico, debe ser una respuesta que permita a las clases explotadas no sólo conocer su realidad, sino transformarla, por lo que el punto de partida está en el marxismo.

Su desarrollo en América Latina data en la década de los años 60's. A partir de la crítica hecha al concepto de la modernización y su implicación en las teorías sobre el desarrollo.

En donde prevalece un enfoque tradicionalista de las ciencias sociales. No obstante lo anterior en la década de los ochentas los países desarrollados, la emplean para alcanzar la eficiencia en sus procesos de industrialización. Esto propicia que actualmente se mencionen tres tendencias: la tecnológica, la político- militante y la promocional.

La primera constituye una técnica práctica que involucra al participante con el crecimiento de la producción; en la segunda, se utiliza como un instrumento de producción del conocimiento y desarrollo social, en donde los participantes se involucran en la transformación y en las acciones de su comunidad; en la tercera la investigación participativa "es un proceso de estudio, investigación y análisis donde los investigadores e

investigados se involucran y son parte del proceso que modifica o transforma el medio sobre el cual interviene”²⁹

Sin embargo se cree que la investigación acción participativa es una alternativa y una opción metodológica en las ciencias sociales, por ello vale la pena precisar qué características tiene y cuáles son los fundamentos de la concepción tradicional predominante.

Al hablar de investigación tradicional se aborda su expresión dominante que es el positivismo. Sus características más significativas son:

- El objeto de la ciencia está determinado por el dato empírico y por el sujeto que conoce.
- La sumisión a los instrumentos de observación y a las reglas del formalismo metodológico.
- La objetividad a través de un conocimiento no valorativo.
- La investigación se queda en un nivel descriptivo y morfológico de los fenómenos.
- Cuando se plantean soluciones se hacen relación a los datos aislados y atomizados.
- La investigación se considera como un elemento que permite plantear soluciones concretas a los problemas.
- No se plantean relaciones de causa- efecto.
- El modelo científico utilizado copia el que se use en las ciencias físicas como el patrón, más acabado de la ciencia.
- La encuesta es el instrumento fundamental.
- La participación es limitada.
- Es tecnócrata.
- La comunidad es objeto y no sujeto de la investigación.
- Es externa a la comunidad.
- Los resultados de la investigación son extraídos de la comunidad, se priva a esta la oportunidad de conocerse, enriquecerse y transformarse.

²⁹ Sanguinetti Vargas, Yolanda, CENAPRO, Asociación Mexicana de Educación de Adultos, A.C., México, (1980) p.1-4.

6.2 CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA

La Investigación Acción Participativa es una concepción metodológica más que un método. Es una metodología por que lo que propone es como hacer investigación científica acerca de ciertos problemas considerando las interrelaciones existentes entre marco teórico y métodos, marco teórico y conocimiento del objeto y, finalmente la relación entre método y objeto (De Schutter y Yopo, 1983).

De esta manera este modelo propone que la comunidad mejore su conocimiento de la realidad; desarrolle conciencia sobre las interrelaciones sociales económicas, políticas y culturales; y estimule la solidaridad para lograr un mayor nivel de organización, facilitando así la participación activa en los procesos de cambio y desarrollo estructural.

Dentro de esta metodología existen características comunes. De acuerdo con Gajardo (1985), son:

- Hacer explícita una intención política y una opción de trabajo con los grupos más postergados de la sociedad.
- Integración de investigación, educación y participación social como momentos de un proceso centrado en el análisis de las contradicciones que muestran con mayor claridad las determinantes estructurales de la realidad vivida.
- Incorporación de los sectores populares como actores de un proceso de conocimiento de la realidad, donde los problemas se definen en función de una realidad concreta y compartida, en la que los grupos definen la programación del estudio y las formas de encarar la realidad.
- Sustentación de las actividades de investigación y de la acción educativa sobre una base organizada, en tanto esta actividad no culmina en una respuesta de orden teórico, sino en la generación de propuestas de acción expresadas en una perspectiva de cambio social.

6.3 CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO PARTICIPATIVO

A fin de clarificar el concepto del Proceso Participativo, se partió de considerarlo como: el proceso a través del cual un grupo social desarrolla acciones en diversos ámbitos que involucra el reconocimiento de la experiencia, el análisis de la realidad y la capacidad de tomar decisiones para la solución de su problemática cotidiana.

De acuerdo a la opinión de Victor Silveira “el término participación parece tan obvio que aparentemente no requiere análisis, precisión o definición. Por cuanto los seres humanos por ser animales gregarios y tener una vivencia social y grupal se asume que están “participando”. Por lo tanto, cuando el término se enuncia hay implícito el supuesto de que todos y cada uno están entendiendo el concepto subyacente en dicho término. Pero hay condiciones sociales, de cultura, en formación, formación profesional, ubicación socio-económica, ideológica, opción política que lo configuran y transforman, cada grupo humano, técnico y profesional, puede tener su muy particular del concepto y las características que adopta la participación.”³⁰

Stavenhagen, Sanguinetti, Le Boteri, Vio Grossi, entre otros (1980), señalan: que un proceso participativo existe en la medida en que se da como una actividad organizada que propicie a partir del análisis de la realidad, el acceso del grupo a la toma de decisiones que permitan realizar acciones tendientes a la transformación de la realidad individual y colectiva de los grupos. Entendiendo por transformación la expresión de necesidades o de mandas, la defensa de intereses comunes, el trabajo conjunto para alcanzar objetivos diversos, que los conduzcan a la configuración de su escenario cotidiano.

Sin embargo, habrá que considerar lo que Antón de Schutter y Boris Yopo (1983) señalan que la metodología participativa no se satisface con una buena aplicación de un marco teórico ni con una programación de acciones de transformación social o de dinamización de las organizaciones de base. Necesita adoptar e incorporar acciones a las limitaciones

³⁰ Silveira, Victor E. “La investigación participativa: algunas consideraciones sobre su aplicación a nivel local”, CREFAL, México (1983) p. 7.

propias del contexto y conjugarlas en una praxis social. Observación a la que hay que agregar, la participación tanto individual como colectiva, se ve influida por la experiencia del sujeto en acciones de esta naturaleza. La participación, como conducta manifiesta, no solo depende del contexto y de las contingencias del momento, sino también, de los antecedentes sociales, laborales y educativos no siempre satisfactorios que extrapola en sujeto o grupo a otras situaciones, independientemente de las características que las definan.

Estos factores sin duda influyen, sobre todo si se toma en cuenta que la investigación participativa se fundamenta primordialmente, en el análisis y dialogo como método de trabajo.

La participación no es un proceso que se de automáticamente. Se requiere que el individuo **forme y tome parte** del conjunto de actividades que lo conduzcan a ella en una forma real y efectiva, que se traduzca en acciones concretas hacia la toma de decisiones.

A este respecto Silveira dice: la investigación participativa para ser un instrumento o la metodología de los grupos populares debe tener una utilidad operativa perceptible más allá de sus fines últimos de cambios estructurales. La gente no se mueve alrededor de cosas que no le sean útiles, que no tengan una aplicación mediata o inmediata, para resolver situaciones concretas y para mejorar condiciones de vida (estilo), trabajo y relación. Los grupos marginados y pobres necesitan el conocimiento para resolver algunos de los problemas cotidianos existenciales que los agobian. No pueden darse el lujo de conocer por conocer, pues eso es para los niveles sociales que tienen resueltos sus problemas vitales ... las cosas que se emprende o aprenden tienen que tener una aplicación concreta. Es por ello el interés de la aplicación del modelo acción participativa en el que se parte de un diagnostico para detectar las necesidades, en relación al embarazo a edad temprana, e implementar programas de intervención.

Gajardo (1982, 1985) afirma que existen tres concepciones en la investigación acción participativa las cuales son:

- Como método de acción y mecanismo de aprendizaje colectivo que culmina con la transformación del pueblo en sujeto político.
- Como método general para elaboración teórica, sea en el campo de la educación o en el de las ciencias sociales contribuyendo a la disminución de las brechas que generalmente existen entre teoría y práctica, entre sujeto y objeto, en las prácticas de investigación social y educativa.
- Como componente de los procesos de planificación local de grupos de una o más comunidades que viven en condiciones de dominación o pobreza por la forma en que se estructura la sociedad.

En este sentido, el análisis y dialogo generado en las distintas etapas y momentos del proceso de participación y capacitación, el conocimiento concreto de la realidad, y las relaciones sociales intergrupo permitirán al investigador: ser participe de un proceso dinámico en lo personal y social, que le permita la toma de decisiones orientadas a propiciar una transformación.

Sobre estos mismos aspectos Boris Yopo agrega: el diálogo no es producto de una actitud psicológica, sino producto de un proceso educativo en donde todos los que participan, incluidos los investigadores enfrentan la realidad y la comparten en la toma de decisiones colectivas. Por otro lado, este autor considera las reuniones de los miembros de la colectividad como fuentes de información para que el individuo reconozca, apropie la problemática y establezca alternativas de solución; así, en la medida en que esta informado el sujeto participará.

Por otro lado, Sanguinetti hace referencia a tres factores a considerar:

- La participación como factor esencial debe ser concebido como fenómeno social, proceso de desarrollo personal y como proceso educativo.
- El análisis como condición necesaria que conduzca al diálogo.

- La elaboración de instrumentos tales como, entrevista, guías, cuestionarios, etc.; que permitan que en individuo tenga elementos subjetivos para efectuar el análisis, y que la participación se constituya en una actividad organizada.

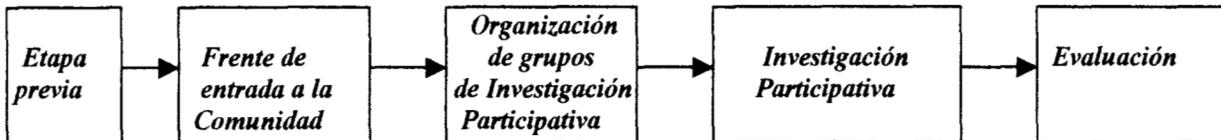
6.4 CRITERIOS QUE FUNDAMENTAN EL MODELO DE INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA

Esta alternativa en la investigación social tiene sus particularidades y sus centros de interés (acción transformadora, compromiso político, participación popular, concientización), existe en relación de interdependencia entre los diferentes modelos que permite deslindar algunos criterios mínimos que integran y fundamentan la investigación acción participativa. Estos criterios se enlistan a continuación:

- Se visualiza la realidad como una totalidad concreta.
- El problema de investigación se origina en el grupo- comunidad.
- Se descubre como un método de trabajo productivo, no solo de investigación.
- Establece una nueva relación entre teoría y práctica.
- El objeto de la investigación es la construcción del poder popular.
- Plantea una nueva relación entre sujeto y objeto.
- Es un proceso de lucha por el poder.
- La cultura propia de las comunidades es portadora de elementos para la interpretación, creación y transmisión de conocimientos.
- Es un proceso que integra la investigación, la educación y la acción transformadora.
- Busca superar la dicotomía entre técnicas cuantitativas y cualitativas para la indagación de la realidad social.
- Pretende la creación y la democratización del conocimiento.
- Enfoca su trabajo a los sectores marginados y postergados de la sociedad.
- Es una propuesta en desarrollo.

De acuerdo a lo anterior, se presenta el siguiente esquema metodológico del proceso acción participación:

ESQUEMA METODOLOGICO DEL MODELO DE INVESTIGACION ACCION PARTICIPATIVA



1. Etapa previa

- 1.1 Capacitación de grupos promotores
- 1.2 Delimitación de la zona de trabajo
- 1.3 Monografía de la zona de trabajo
- 1.4 Selección de comunidades
- 1.5 Reconocimiento y contacto con las comunidades

2. Frente de entrada a la comunidad

- 2.1 Promoción de programa preventivo
- 2.2 Ejecución de programa preventivo

3. Organización de grupos de investigación participativa

- 3.1 Integración
- 3.2 Capacitación y educación

4. Investigación Participativa

- 4.1 Tema
- 4.2 Objetivos
- 4.3 Población
- 4.4 Técnicas e instrumentos
- 4.5 Aplicación de técnicas e instrumentos

4.6 Ordenación y clasificación de la información

4.7 Análisis de la información

4.8 Devolución de los resultados de la investigación al resto de la comunidad

4.9 Alternativas y plan de trabajo

5. Evaluación

Sin embargo, a nivel teórico- metodológico la investigación acción participativa necesita superar algunas cuestiones fundamentales, a saber:

- Definir el peso y los momentos en que se introducen los elementos teóricos al trabajo práctico.
- Clarificar algunos términos usados en la investigación participativa para precisar las relaciones entre ellos (teoría y práctica es un solo proceso, transformación social y participación; sinergia comunidad- investigador, etc.) y utilizarlos consistentemente en el proceso dinámico de creación de conocimiento.
- Precisar estrategias adecuadas y apropiadas para contextos locales, económicos y políticos diferentes.
- Priorizar objetivos a corto plazo versus objetivos a largo plazo.
- Conjugar los aspectos cualitativos y cuantitativos de la realidad histórica.
- Precisar el lugar de la investigación participativa en las ciencias sociales.
- Precisar la importancia de los métodos convencionales de investigación en la investigación participativa y la relevancia que pueda tener esta hacia los métodos.
- Estudiar los procesos de motivación previa que requiere la investigación participativa y los cambios en los individuos al incorporarse en un proceso de participación.
- Avanzar en la transferencia del control del proceso de investigación a los sectores locales.
- Diseñar instrumentos y técnicas que permitan enriquecer el proceso de evaluación de la investigación participativa en el contexto de los movimientos populares.

En resumen la metodología de acción participativa plantea que:

- El objetivo de la investigación está definido por el grupo en la medida que identifica un problema a resolver.
- La resolución del problema llevará consigo una transformación hacia el mejoramiento del estilo de vida del grupo de adolescentes en riesgo de embarazo; siendo estos responsables y beneficiarios de la acción de integrar los conocimientos (de sexualidad, métodos anticonceptivos, conductas saludables en la actividad sexual, etc.), para la prevención de conductas de riesgo que conlleven a un embarazo.
- Los que intervienen deben desempeñar un papel de investigadores de su propio proceso, identificando sus necesidades, habilidades y recursos.
- El papel de quien propicia el proceso, es de animación y deberá estar orientado fundamentalmente a proporcionar apoyo para la organización.

De acuerdo con este modelo de investigación acción participativa pretendimos provocar la reflexión y actitud crítica de los adolescentes, convirtiéndolos en protagonistas de su proceso de concientización, que les permitan percibir los riesgos y asumir decisiones responsables en relación a su actividad sexual.

Capítulo 7

METODOLOGIA

METODOLOGIA

La sexualidad concebida como un proceso fundamental del ser humano reclama cada vez mayor interés y compromiso por parte de los especialistas como de la población en general. En naciones como México donde el 51% de la población se ubica dentro del rango de edad con potencial reproductivo, la carencia de atención a estos aspectos lo convierte en un país especialmente vulnerable a presentar los efectos nocivos de una explosión demográfica no controlada.

Del total de la población, alrededor del 11.5% tiene entre 15 y 19 años de edad y el 17% del total de niños nacidos vivos son de mujeres de este rango (Secretaría de Gobernación, 1990). La transición demográfica caracterizada hoy en día por una estructura de edad joven, refleja una alta demanda potencial de servicios de educación sexual y de salud reproductiva hacia la población adolescente de ambos sexos.

Por otro lado, el embarazo en adolescentes se relaciona con practicas sexuales inadecuadas alcanzando altos índices entre estos. Esto hace evidente la necesidad de instruir a este sector poblacional para que identifique los factores y conductas que riesgo que inciden en un embarazo a esta edad, así como también ejerzan su sexualidad con mayor responsabilidad.

Para poder entender el embarazo en la adolescencia es indispensable considerar diversos aspectos como: la estructura familiar, la relación de noviazgo, la relación con sus amigos (as), el estilo de vida, conocimientos sobre sexo, sexualidad, anticoncepción, educación sexual adquirida, características de personalidad, comunicación con los padres, asertividad, autoestima, toma de decisiones, entre otros.

7.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conocer en los y las adolescentes qué conocimientos de sexualidad tienen, cuál es la percepción de riesgos que ante un embarazo a edad temprana; en relación con su estilo de vida y advertir el nivel de toma de decisiones respecto a su actividad sexual, para la prevención de un embarazo a esta edad, en los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 267 “Teodoro Flores” del Turno Vespertino.

7.2 OBJETIVOS

Para este proyecto se plantean los siguientes objetivos:

GENERALES:

- Detectar si el género, la edad, la percepción de riesgos y los conocimientos sobre sexualidad de los adolescentes modifican conductas de riesgo en el ejercicio de su actividad sexual.
- Investigar si el género, la edad, la percepción de riesgos y el estilo de vida contribuyen a moderar factores psicosociales de riesgo en los adolescentes para prevenir un embarazo en esta etapa.
- Analizar si la propensión a moderar factores psicosociales de riesgo, la disposición a modificar conductas riesgosas y el género tienen ingerencia en la toma de decisiones para una conducta saludable, en relación a la sexualidad de los adolescentes.

ESPECIFICOS

- Aplicar un diagnostico general de salud a los y las adolescentes, para conocer las áreas de riesgo, haciendo énfasis en la esfera de la sexualidad.
- Detectar entre los y las adolescentes, si tienen información en torno a la sexualidad.
- Conocer cual es el estilo de vida de los y las adolescentes de la Escuela Secundaria Diurna No. 267 <<Teodoro Flores>>, turno vespertino.

- Indagar en los y las adolescentes, la percepción de riesgo ante un embarazo a edad temprana.
- Intervenir con un Taller de Educación Sexual para los y las adolescentes, de la Escuela Secundaria Diurna No. 267 “Teodoro Flores”, turno vespertino; haciendo hincapié en la prevención y los efectos psicosociales de un embarazo a esta edad.

7.3 HIPOTESIS Y VARIABLES

H1: “El género, la edad, la percepción de riesgos y los conocimientos sobre sexualidad de los adolescentes disponen a modificar conductas de riesgo en el ejercicio de su actividad sexual”.

Variable Independiente: Género, Edad, Percepción de riesgos, Conocimientos de sexualidad.

Variable Dependiente: Disposición a modificar conductas de riesgo.

H2: “El Género, la edad, la percepción de riesgos y el estilo de vida, contribuyen a moderar factores psicosociales de riesgo, en los y las adolescentes para prevenir un embarazo en esta etapa”.

Variable Independiente: Género, Edad, Percepción de riesgo, Estilo de vida.

Variable Dependiente: Propensión a moderar factores psicosociales de riesgo.

H3: “La propensión a moderar factores psicosociales de riesgo y la disposición a modificar conductas riesgosas, tienen ingerencia en el nivel para la toma de decisiones en conductas saludables en relación a la sexualidad de los y las adolescentes.

Variable Independiente: Propensión a moderar factores psicosociales de riesgo, Disposición a modificar conductas de riesgo.

Variable Dependiente: Nivel de toma de decisiones.

7.3.1 Construcción conceptual de variables

Género: (La palabra género se deriva del latín genus, generis, nacimiento u origen). Es el grupo de seres que tienen entre sí analogías importantes y constantes, además de la diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer. Este vocablo lo emplearemos para definir lo femenino y lo masculino.

Edad: Es el período de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la investigación.

Percepción de riesgo: Se refiere al proceso por el cual el o la adolescente se forma una impresión (conceptualización) de una conducta sexual y/o no protegida, interpretando, dando significado e identificando los riesgos en el cual intervienen una serie de experiencias pasadas y presentes; ordenando su contexto para obtener una visión estable del mundo físico o social del cual hace inferencias que le permiten atribuir causas a los efectos y hacer previsiones.

Conocimientos de sexualidad: Es la noción que tienen los y las adolescentes de la constitución biológica, además de los aspectos psicológicos y sociales que conforman su sexualidad manifestándose de acuerdo a su género.

Disposición a modificar conductas de riesgo: Se define como la aptitud que tiene el o la adolescente a identificar los riesgos de una conducta sexual temprana y/o no protegida; en relación a su nivel de conocimientos de sexualidad, así como la percepción de riesgos en el que discrimina, clasifica y evalúa estos eventos, con el objeto de cambiar a comportamientos responsables.

Estilo de vida: Se utiliza para designar la manera general de vivir de los y las adolescentes, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales.

Propensión a moderar factores psicosociales de riesgo: Se refiere a la predisposición que tiene él o la adolescente para atenuar las condiciones de su forma de vida, que incluye el nivel físico, psicológico social y cultural; en donde atribuye, categoriza, emite juicios de acuerdo con sus emociones y el contexto social, para identificar los factores de riesgo; y así favorecer conductas saludables.

Nivel de toma de decisiones: Constituye el conjunto de decisiones que toma él o la adolescente, con respecto a su salud sexual; considerando los factores psicosociales de riesgo, en donde muestre sus habilidades para modificar conductas que vayan en detrimento de su salud, sobre las cuales ejerce cierto grado de control.

7.4 POBLACION

La población hacia la cual se enfocó la presente investigación estuvo constituida por el total de alumnos del Turno Vespertino (60 adolescentes) de la Escuela Secundaria Diurna No. 267 “Teodoro Flores”, ubicada en Av. de las Torres, Américas y Tomacocos S/N, Sección Capilla, Col. San Miguel Teotongo, C.P. 09630, Del. Iztapalapa, D.F.

Cabe mencionar que en esta escuela no ha sido adscrito profesor que imparta la asignatura de Orientación Educativa, por tal motivo los directivos facilitaron nuestra intervención, ya que ellos consideran que estos adolescentes necesitan de apoyo profesional en el área de sexualidad ya que están atravesando cambios (físicos, psicológicos, sociales) importantes para su desarrollo integral a la sociedad.

Además, hicieron referencia de que estos alumnos son enviados a este plantel por presentar problemas de conducta y de bajo aprovechamiento escolar. La gran mayoría de estos estudiantes su nivel socioeconómico es bajo y algunos de ellos trabajan.³¹

La población esta constituida por dos grupos:

2do. Año, 30 alumnos de los cuales 20 lo constituye el género masculino (66.6 %) y 10 el género femenino (33.3 %), sus edades fluctúan entre los 13 y 16 años.

3er. Año, 30 alumnos de los cuales 15 lo constituye el género masculino (50 %) y 15 el género femenino (50 %), sus edades fluctúan entre los 14 y 16 años.

7.5 INSTRUMENTOS

Para la realización del presente estudio se aplicaron los siguientes instrumentos:

- **DIAGNOSTICO PARA LA MEDICION DEL ESTADO GENERAL DE SALUD** (Dr. Jorge Grau y Dra. Teresa Romero. Cuba; adaptado a población adolescente); consta de 81 preguntas de respuestas binarias, distribuido en 10 secciones.
(A= Condición física; B= Historia Familiar; C= Autocuidado y Cuidado Médico; D= Hábitos Alimenticios; E= Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas; F= Accidentes; G= Valores de la vida; H= Estrés y Apoyo Social; I= Medio Ambiente; J= **Sexualidad**); cada área mide hábitos los cuales repercuten en la salud física, psicológica y social de los adolescentes reflejando el estilo de vida de estos.(ver anexo 1)
- **CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE SEXUALIDAD** (Belmont García María Rosalia, Reyes López Guillermo, Villareal Rodríguez Patricia Araceli, “Actitud y Conocimiento de Sexualidad en escolares de 6to. Grado de instrucción primaria y a padres de familia”, Tesis, UNAM, Facultad de Psicología, 1991); consta de 39 reactivos de opción múltiple, estructurados por 6 indicadores, ordenados como sigue: Anatómicos 11 ítems (2,4,6,11,12,14,20,21,23,29,32); Conducta Sexual Humana 11 ítems (1,3,7,9,15,17,27,28,30,37,39); Fisiológica 5 ítems (19,25,26,33,35); Masturbación 3 ítems (10,18,22); Menstruación 4 ítems (5,13,24,31); Métodos Anticonceptivos 5 ítems (8,16,34,36,38), (ver anexo 2). Donde el adolescente selecciona la opción que considere correcta, este cuestionario evalúa el nivel de conocimientos de sexualidad

³¹ Información proporcionada por directivos de la institución.

- **CUESTIONARIO PARA LA MEDICION DEL ESTILO DE VIDA Y SALUD** (Departamento de Salud Mental, de California, 1981, Adaptación Dr. Mario Carranza Aguilar) consta de 15 ítems de opción múltiple, donde el adolescente elige la respuesta que considere adecuada a su forma de vida (ver anexo 3). Este instrumento evalúa los hábitos que realiza día con día.
- **ESCALA DE PERCEPCION DE RIESGOS** (Susan Pick y cols, “Programa de Educación Sexual y para la vida dirigido a los adolescentes”, 1995, México) consta de 12 casos, en el que se describen variaciones de la conducta sexual del adolescente. En el que identifica a que categoría pertenece lo relatado en cada uno de estos casos. En esta escala se estima a través de tres categorías: Alto riesgo de embarazo (1,2,7,9,11); Bajo riesgo de embarazo (4,6,8,12); Sin riesgo de embarazo (3,5,10) (ver anexo 4). Este instrumento evalúa la percepción de riesgo de embarazo, que tienen los adolescentes en el ejercicio de su actividad sexual.

7.6 PROCEDIMIENTO

De acuerdo a la problemática planteada y a los objetivos que se pretenden alcanzar; la aplicación del Modelo Acción Participativa nos permitió observar, estructurar y analizar la disposición que tienen los y las adolescentes a modificar conductas de riesgo, así como la propensión a moderar los factores de riesgo que conllevan a tomar decisiones responsables en el ejercicio de su sexualidad para la prevención de un embarazo.

En el desarrollo de la metodología participativa, se llevo a cabo un sondeo con el propósito de detectar las necesidades de los y las adolescentes en el área de sexualidad. En donde se les solicitó de manera anónima que en una tarjeta expresaran sus dudas sobre los diferentes aspectos de la sexualidad y las depositaran en el buzón expreso para esta actividad.

Después de la información que resulto del sondeo (ver anexo 5), se estructuro un programa en el cual participaron los y las adolescentes, proponiendo sus temas de mayor interés para la realización de este taller educativo, titulado <<**Sexualidad Humana**>> (ver anexo 6), el cual sirvió de marco para la aplicación de los 4 instrumentos que fundamentaron la investigación.

El primer instrumento que se aplicó fue el Diagnóstico para la Medición del Estado General de Salud, se categorizó por cada área de salud en tres niveles de riesgo (Alto, Regular y Bajo). Para la codificación de cada sección del diagnóstico, remitirse al anexo 1.

El Cuestionario de Conocimientos de Sexualidad, para su estimación se consideraron tres niveles: Desinformados de 1 a 13 aciertos, Informados de 14 a 26 aciertos, Bien Informados 27 a 39 aciertos.

La Medición del Estilo de Vida y Salud se evaluó en tres categorías: Bueno de 16 a 29 puntos, Regular de 30 a 43 puntos y Bajo de 44 a 56 puntos.

Por último, la Escala de Percepción de Riesgos su estimación se estructuro en tres rangos: Baja de 0 a 3 aciertos, Regular de 4 a 7 y Buena 8 a 12 aciertos

Cabe aclarar que la estructura del taller fue diseñado con el objeto de que los contenidos no influyeran en los resultados de los instrumentos, puesto que estos fueron aplicados antes de nuestra intervención en el programa de sexualidad humana. Asimismo, se hizo la recomendación de que a cualquier duda o sugerencia acerca de cada tema, lo expresaran en su momento, para aclararla y hacer más participativo e interactivo el taller.

En esta actividad se hizo mayor énfasis en la toma de decisiones responsables al ejercer su sexualidad, como también las consecuencias de un embarazo a esta edad, la importancia de disminuir y prevenir conductas de riesgo que van en demérito de su salud, y así, disfrutar de un pleno desarrollo.

Al finalizar se valió con una historia de vida (ver anexo 7) en donde los adolescentes después de comentar y discutir el caso de “Andrea y Julio”, contestaron una serie de preguntas en relación a los siguientes temas: Tener relaciones sexuales en la adolescencia;

Las consecuencias de tener un hijo en esta etapa; Paternidad responsable; Cómo prevenir un embarazo no deseado (ver anexo 8), con la finalidad de generar reflexión y sensibilizarlos con respecto a las conductas de riesgo en las que pueden estar incurriendo y que afectan su salud (físico, psicológico y social), es por ello la importancia de esta actividad que va encaminada al ejercicio responsable de la sexualidad, como también, el prevenir embarazos no planeados. Para la codificación de los resultados se empleó el análisis de contenido³², por ser una técnica que estudia y analiza la comunicación de una manera objetiva y sistemática y cuantitativa, siendo está útil para hacer inferencias válidas y confiables de datos con respecto al contexto. Además de conocer las actitudes del grupo mediante el análisis del discurso.

³² Según Krippendorff. K, (1990).

Capítulo 8

ANALISIS DE RESULTADOS

ANALISIS DE RESULTADOS

Con la realización de este trabajo se buscó propiciar en los adolescentes una actitud crítica para la toma de decisiones responsables respecto al ejercicio de su actividad sexual, para prevenir un embarazo en esta etapa.

Es por ello que la metodología de Investigación Acción Participativa, cobra mayor importancia, ya que reconoce la ocurrencia de un fenómeno en términos de cualidades y frecuencia, lo que permite tener una idea globalizadora de la realidad en la cual se pretende una transformación.

Como una forma de acercamiento al conocimiento de la realidad, este trabajo se aborda a través de un enfoque cualitativo y cuantitativo conductual.

El enfoque cualitativo concibe a la evaluación como flexible, semiestructurada y especulativa. Su característica principal es el énfasis que otorga a la información cualitativa, la cual se desarrolla, mediante la descripción del fenómeno en su totalidad con el punto de vista de los adolescentes.

En este sentido, el papel del investigador no es el de un simple observador, sino que se involucra con el objeto de estudio(adolescentes) sin ideas preconcebidas, deseando que ellas surjan de su contacto con la realidad. En este caso los análisis que se efectúan, son con respecto a las situaciones que se agregan en el fenómeno de estudio.

Esto resulta al orientar la evaluación del proceso mismo que se desarrolla a lo largo del estudio. Es por ello, que en este trabajo todos los eventos de carácter situacional del mundo real que rodea al sujeto son significativos y deben ser comprendidos dentro del contexto donde ocurren; para esto es necesario que el investigador identifique el marco de referencia dentro del cual los participantes interpretan su medio y a partir de aquí, explicar sus valores, creencias, opiniones, percepciones y actos.

Lo anterior significa cambiar de técnicas de medición con valores numéricos a descripciones detalladas de situaciones, personas, eventos, interacciones y conductas.

Por lo cual resulta valioso tal tipo de enfoque participativo, por su finalidad sobre el significado de experiencias y eventos vividos en los adolescentes. Como puede observarse, esta es una aproximación inductiva para llegar al conocimiento de la realidad que conduce a la formulación de explicaciones teóricas extraídas del mundo real.

La participación de los integrantes del grupo, establece criterios a evaluar y son responsables de su ejecución. También es formativa, ya que es a partir del análisis y la reflexión como el adolescente provoca su ejecución en la practica misma.

Cabe mencionar que los resultados obtenidos no son generalizables debido a las características propias del adolescente, personales y contextuales del grupo en cuestión, así como también del tipo de metodología empleada.

A continuación se describen los resultados obtenidos y de los instrumentos aplicados a los y las adolescentes de 2do. y 3er. Año de la Escuela Secundaria Diurna No. 267 <<Teodoro Flores>>, Turno Vespertino, mismos que se efectuaron antes del inicio del taller educativo “Sexualidad Humana”, en los meses de Enero a Marzo de 1999, el cual comprendió 30 horas. Además se realiza el análisis proporcional y la discusión de estos resultados.

Se inició con el Diagnóstico para la Medición General de Salud cuyo objetivo es apreciar los hábitos saludables que tienen las y los adolescentes en su vida cotidiana y así detectar aquellas áreas de riesgo preocupantes, que los predisponen a conductas que van en detrimento de su salud integral.

8.1 DIAGNOSTICO GENERAL DE SALUD

En los adolescentes del grupo 2do.A, como se puede observar en el cuadro 1, las áreas de A= Condición Física, C= Autocuidado y Cuidado Médico, D= Hábitos Alimenticios, G= Valores y Area Intelectual, H= Estrés y Apoyo Social; en ambos géneros se ubican en un nivel **regular** de riesgo para la salud. En las áreas de E= Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas y F= Accidentes se localizó el riesgo para la salud en el género masculino en un nivel **regular** y el femenino en nivel **bajo**. B= La Historia Familiar se encuentra en ambos géneros en un nivel de riesgo para la salud **bajo**; aunque cabe recordar que en esta área no se aplica a ésta forma de interpretación por no tener el adolescente control sobre está. El área de I= Medio Ambiente el género masculino se ubica en un nivel **alto** de riesgo para la salud, sin en cambio el femenino esta en un nivel **regular**.

ANALISIS PROPORCIONAL

ESC. SEC. DIURNA No. 267 <<TEODORO FLORES>>

GRUPO 2do. A

RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO PARA LA MEDICION GENERAL DE LA SALUD

CUADRO 1

RIESGO PARA LA SALUD	SEXO	AREAS DE RIESGO	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
			ALTO	MASCULINO	7,0%	3%	23%	17%	10%	17%	13%	7%
	FEMENINO	10,0%	3%	7%	7%	10%	3%	7%	7%	10%	17%	
REGULAR	MASCULINO	33,3%	13%	33%	43%	30%	30%	30%	46%	23%	36%	
	FEMENINO	13,3%	7%	26%	27%	7%	13%	27%	30%	20%	13%	
BAJO	MASCULINO	23,3%	47%	7%	3%	23%	17%	20%	10%	7%	20%	
	FEMENINO	13,0%	27%	3%	3%	20%	20%	3%	0%	7%	7%	

A= CONDICION FISICA

D= HABITOS ALIMENTICIOS

F= ACCIDENTES

H= ESTRÉS Y APOYO SOCIAL

B= HISTORIA FAMILIAR

E= CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

G= VALORES DE LA VIDA, ESFERA INTELECTUAL Y ESPIRITUAL

I= MEDIO AMBIENTE

C= AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO

J= SEXUALIDAD

En el grupo de tercer año, (cuadro 2) los resultados del Diagnostico para la medición general de la salud fueron: Las áreas de **A=** Condición Física, **C=** Autocuidado y Cuidado Médico y **D=** Hábitos Alimenticios, en ambos géneros están dentro de la categoría de **regular** riesgo para la salud. A su vez las áreas de **B=** Historia Familiar, **F=** Accidentes y **G=** Valores de la vida, Esfera Espiritual e Intelectual el riesgo para la salud se encuentra en el nivel **bajo** tanto el género masculino como el femenino. El área de **E=** Consumo de Alcohol, Tabaco y otras drogas los resultados del género masculino se ubica en un nivel **regular** de riesgo mientras, el femenino esta en un nivel **bajo**. El área de **H=** Estrés y Apoyo Social el riesgo para la salud en el género masculino es **bajo**, en cambio el femenino se sitúa en el nivel **regular**. Dentro del área de **I=** Medio Ambiente el nivel **bajo** de riesgo para la salud se concentra la mayor parte del género masculino mientras que el género femenino está en un **alto** riesgo.

Cabe hacer mención que el área de la **J=** Sexualidad reviste mayor interés por ser marco general de la investigación. La cual en el grupo de 2do. Año el género masculino se encontró en un nivel **regular** de riesgo para la salud mientras que el femenino esta en un nivel **alto** de riesgo. En el grupo de 3er. Año el género masculino tuvo mayor incidencia en el nivel **regular**, y el femenino en un nivel **bajo** de riesgo para la salud.

ANALISIS PROPORCIONAL
ESC. SEC. DIURNA No. 267 << TEODORO FLORES>>
GRUPO 3ro. A TURNO: VESPERTINO
RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO PARA LA MEDICION GENERAL DE SALUD

CUADRO 2

RIESGO P LA SALUD	SEXO	AREAS DE RIESGO	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
ALTO	MASCULINO		0,0%	0%	10%	3%	0%	3%	3%	17%	0%	10%
	FEMENINO		3,3%	0%	7%	10%	0%	0%	0%	10%	23%	17%
REGULAR	MASCULINO		30,0%	10%	27%	30%	27%	10%	17%	7%	20%	23%
	FEMENINO		33,3%	27%	30%	30%	10%	10%	20%	40%	20%	10%
BAJO	MASCULINO		20,0%	40%	13%	17%	23%	37%	30%	17%	30%	17%
	FEMENINO		13,3%	23%	13%	10%	40%	40%	30%	10%	7%	23%

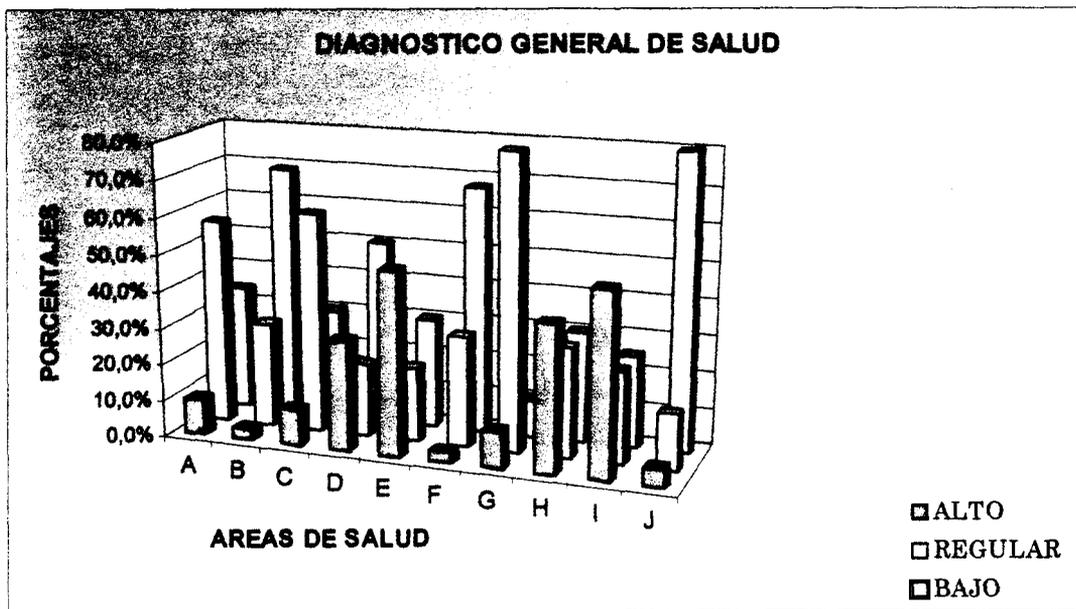
A= CONDICION FISICA B= HISTORIA FAMILIAR C= AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO
D= HABITOS ALIMENTICIOS E= CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS
F= ACCIDENTES G= VALORES DE LA VIDA, ESFERA INTELECTUAL Y ESPIRITUAL
H= ESTRÉS Y APOYO SOCIAL I= MEDIO AMBIENTE J= SEXUALIDAD

Si bien es cierto que en ambos grupos el género masculino tiene un nivel **regular** de satisfacción de su sexualidad, ya sea por las características de educación, manifiesta no tener conflictos y necesidades; mientras que en el género femenino se encuentra en un nivel **bajo** de riesgo para la salud (3º. A); hay que recordar que tienen mayor edad que las de segundo año las cuales se ubican en un nivel **alto** de riesgo; todo esto tal vez permeado por sus diferentes estilos de vida y percepción.

Al realizar el análisis en ambos grupos, como se observa en la gráfica 1, el área D= Hábitos alimenticios (%), F= Accidentes (%) y J= Sexualidad (%), el mayor porcentaje de adolescentes se ubica en el nivel bajo de riesgo para la salud; en el nivel regular de riesgo se encuentran las áreas de A= Condicion Física (%), C= Autocuidado y cuidado médico (%) G= Valores de vida, esfera intelectual y espiritual (%); mientras que las áreas de E=

E= Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (30%), H= Estrés y apoyo social (30%) y Medio Ambiente (25%) se ubican en el nivel alto de riesgo en salud; lo cual es muy importante poder ubicar en que categoría se encuentran de sus hábitos cotidianos, para poder realizar una adecuada intervención. Tal es el caso que se efectuó con el taller de <<Sexualidad Humana>>, para la prevención de prácticas en riesgo del ejercicio de su sexualidad.

GRAFICA 1



El eje de las x indican las áreas de riesgo en salud, las barras muestran la proporción de adolescentes que se encuentran en el área de salud y el color la categoría de riesgo.

8.2 VARIABLES PSICOSOCIALES

A continuación se analiza en ambos grupos, la variable conocimientos de sexualidad en relación con el género y edad, encontrándose los siguientes datos:

En lo que se refiere a la edad de los adolescentes de segundo año (ver cuadro 3), al momento de la investigación, el 20% son de 13 años, el 47% de 14, el 16% de 15 y el 17% de 16 años. En el nivel de conocimientos de sexualidad, el 73% del grupo están **informados**, de los cuales 47% corresponde al género masculino de 13, 14 y 15 años, el 26% al femenino cuyas edades son de 13,14,15, y 16; en el nivel de **bien informados** se halló un 20% de los cuales el 13% son hombres de 14 y 16 años de edad y el 6% femenino de 13 y 16 años; y solo el 7% en la categoría de **desinformados**, el cual corresponde al género masculino de 14 y 15 años.

**ANALISIS PROPORCIONAL
SEXO, EDAD Y CONOCIMIENTOS DE SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES
ESC. SEC. DIURNA No. 267 "TEODORO FLORES"
GRUPO: 2o. A TURNO: VESPERTINO**

CUADRO 3

SEXO	CONOCIMIENTOS		BIEN INFORMADOS	INFORMADOS	DESINFORMADOS	TOTAL
	EDAD	DE SEX.				
MASCULINO	13		0,0%	7,0%	0,0%	7,0%
FEMENINO	13		3,3%	10,0%	0,0%	13,3%
MASCULINO	14		3,3%	30,0%	3,3%	36,7%
FEMENINO	14		0,0%	10,0%	0,0%	10,0%
MASCULINO	15		0,0%	10,0%	3,3%	13,3%
FEMENINO	15		0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
MASCULINO	16		10,0%	0,0%	0,0%	10,0%
FEMENINO	16		3,3%	3,3%	0,0%	7,0%
TOTAL			20%	74%	7%	100%

En cuanto a la edad de los adolescentes, del grupo de tercer grado (cuadro 4), un 20% es de 14 años, el 47% esta constituido por los de 15 años y el 33% de 16 años. De los cuales, se ubicaron en la categoría de **informados** un 67%, donde el género femenino lo conforma un 33% de 14,15 y 16 años mientras el 34% el masculino de la misma edad; la categoría de **bien informados** la constituye un 33%, de los cuales el 17% son mujeres, el 16% son hombres cuyas edades en ambos géneros son de 14 a 16 años. Y en el rubro de los **desinformados** ningún adolescente se ubico.

**ANALISIS PROPORCIONAL
SEXO, EDAD Y CONOCIMIENTOS DE SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES
ESC. SEC. DIURNA No. 267 "TEODORO FLORES"
GRUPO: 3o. A TURNO: VESPERTINO**

CUADRO 4

SEXO	CONOCIMIENTOS		BIEN INFORMADOS	INFORMADOS	DESINFORMADOS	TOTAL
	EDAD	DE SEX.				
MASCULINO	14		10,0%	0,0%	0,0%	10,0%
FEMENINO	14		3,3%	7,0%	0,0%	10,3%
MASCULINO	15		3,3%	16,0%	0,0%	19,3%
FEMENINO	15		7,0%	20,0%	0,0%	27,0%
MASCULINO	16		3,4%	16,0%	0,0%	19,4%
FEMENINO	16		7,0%	7,0%	0,0%	14,0%
TOTAL			34,0%	66,0%	0,0%	100,0%

En términos generales el nivel de conocimientos en la gran mayoría de los adolescentes de ambos grupos es el de no carecer totalmente de información, si relacionamos esta variable con los datos encontrados en el diagnóstico en la esfera de sexualidad; se hace notorio una tendencia positiva hacia esta área; no por ello, consideramos que es una población en riesgo ya que en esta etapa, algunos de ellos dan inicio su actividad sexual, por lo que se

hace necesario y a sugerencia de los mismos la impartición de un taller que aborde temas sobre la sexualidad humana para reafirmar e incrementar los conocimientos de sexualidad. En relación a las variables de género, edad y estilo de vida (cuadro 5), de los adolescentes de segundo año, el 79% se ubico con un **buen** estilo de vida cuyas edades oscilan entre los 13 y 16 años, de este, el 60% esta integrado por hombres y el 19% por mujeres, mientras que el 19% su estilo de vida es **regular** de 13,14 y 16 años, siendo el 6% del género masculino y el 13% el femenino; y dentro del estilo de vida con nivel **bajo** no se encontraron adolescentes.

**ANALISIS PROPORCIONAL
SEXO, EDAD Y ESTILO DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES
ESC. SEC. DIURNA No. 267 "TEODORO FLORES"
GRUPO: 2o. A TURNO: VESPERTINO**

CUADRO 5

SEXO	EDAD	ESTILO DE VIDA			TOTAL
		BUENO	REGULAR	BAJO	
MASCULINO	13	7,0%	0,0%	0,0%	7,0%
FEMENINO	13	10,0%	3,3%	0,0%	13,3%
MASCULINO	14	33,3%	3,3%	0,0%	36,6%
FEMENINO	14	3,3%	7,0%	0,0%	10,3%
MASCULINO	15	13,3%	0,0%	0,0%	13,3%
FEMENINO	15	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%
MASCULINO	16	7,0%	3,0%	0,0%	10,0%
FEMENINO	16	3,2%	3,0%	0,0%	6,2%
TOTAL		80,5%	19,6%	0,0%	100,0%

En el grupo de tercer año (cuadro 6), su estilo de vida está conformado de la siguiente manera: **bueno** el 87% de 14, 15 y 16 años, el género masculino está representado con el 43% y el femenino por el 44%; con **regular** estilo de vida un 13% cuyas edades son de 14 y 15 años, de este el 7% corresponde al género masculino y el 6% al femenino y con un **bajo** estilo de vida, no se ubicaron adolescentes.

**ANÁLISIS PROPORCIONAL
SEXO, EDAD Y ESTILO DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES
ESC. SEC. DIURNA No. 267 "TEODORO FLORES"
GRUPO: 3o. A TURNO: VESPERTINO**

CUADRO 6

SEXO	EDAD	ESTILO DE VIDA	BUENO	REGULAR	BAJO	TOTAL
MASCULINO	14		10,0%	0,0%	0,0%	10%
FEMENINO	14		7,0%	3,0%	0,0%	10%
MASCULINO	15		13,0%	7,0%	0,0%	20%
FEMENINO	15		24,0%	3,0%	0,0%	27%
MASCULINO	16		20,0%	0,0%	0,0%	20%
FEMENINO	16		13,0%	0,0%	0,0%	13%
TOTAL			87%	13%	0%	100%

Si recordamos que el estilo de vida representa la forma de vivir y los hábitos cotidianos que el individuo realiza con respecto a su salud integral y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. En el caso de los adolescentes en cuestión, la mayor parte en ambos grupos su estilo de vida es bueno, como también es relevante hacer notar que ninguno de ellos tiene mal estilo; además, si relacionamos los datos obtenidos con el diagnóstico general de salud se encontró congruencia por ser una población homogénea puesto que su contexto social y cultural en la que se desarrollan es similar. Aunque la población en la que se trabajó, se

detecto que su forma de vivir es saludable es pertinente mantener y reforzar su buen estilo de vida; y aquellos que no lo tienen modifiquen sus hábitos para mejorar su salud.

En lo que respecta a la percepción de riesgo de los adolescentes del segundo año (cuadro 7), es **buena** en un 60%, siendo el 33% hombres y el 27% mujeres; en el nivel **regular** de percepción de riesgo se ubico el 40% de la población, los cuales el 34% son del género masculino y el femenino con un 6% y en la categoría de **baja** percepción de riesgo, ningún adolescente se ubico.

**ANALISIS PROPORCIONAL
SEXO, EDAD Y PERCEPCION DE RIESGOS EN LOS ADOLESCENTES
ESC. SEC. DIURNA No. 267 "TEODORO FLORES"
GRUPO: 2o. A TURNO: VESPERTINO**

CUADRO 7

SEXO	EDAD	PERCEPCION DE RIESGOS	BUENA	REGULAR	BAJA	TOTAL
MASCULINO		13	3,0%	3,3%	0,0%	6,6%
FEMENINO		13	13,3%	0,0%	0,0%	13,3%
MASCULINO		14	20,0%	10,0%	0,0%	30,0%
FEMENINO		14	7,0%	3,3%	0,0%	10,3%
MASCULINO		15	3,0%	16,7%	0,0%	19,7%
FEMENINO		15	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%
MASCULINO		16	7,0%	3,3%	0,0%	10,3%
FEMENINO		16	3,3%	3,3%	0,0%	6,6%
TOTAL			60,0%	40,0%	0,0%	100,0%

En los adolescentes de tercer año (cuadro 8), su percepción de riesgo es **buena** en un 34%, de este el 10% lo constituye el género masculino y el 24% el femenino; mientras que gran parte de los adolescentes se ubica dentro de la categoría de **regular** percepción de riesgo con un 63% de los cuales el 37% son hombres y el 26% son mujeres y en la categoría de **baja** percepción de riesgo únicamente el 3% se ubica en el género masculino.

**ANALISIS PROPORCIONAL
SEXO, EDAD Y PERCEPCION DE RIESGOS DE LOS ADOLESCENTES
ESC. SEC. DIURNA No. 267 "TEODORO FLORES"
GRUPO: 3o. A TURNO: VESPERTINO**

CUADRO 8

SEXO	PERCEPCION DE RIESGOS		BUENO	REGULAR	BAJO	TOTAL
	EDAD					
MASCULINO	14		0,0%	10,0%	0,0%	10,0%
FEMENINO	14		10,0%	0,0%	0,0%	10,0%
MASCULINO	15		3,0%	16,0%	0,0%	19,0%
FEMENINO	15		7,0%	20,0%	0,0%	27,0%
MASCULINO	16		7,0%	10,0%	3,0%	20,0%
FEMENINO	16		7,0%	7,0%	0,0%	14,0%
TOTAL			34,0%	63,0%	3,0%	100,0%

Respecto a las variables de sexo, edad y percepción de riesgos en los adolescentes se observo que los resultados en ambos grupos son similares, tomando en cuenta que la población masculina en el segundo A, es mayor a la femenina, guardando esta proporción se deduce tal similitud. La percepción de riesgo en hombres y mujeres es buena y regular , es importante hacer notar que solo la mínima parte de adolescentes se ubico en baja percepción. Relacionando los datos obtenidos se puede decir que los adolescentes no carecen de conocimientos, a la vez su estilo de vida es bueno; si esto se conjuga podemos deducir que el adolescente sí identifica conductas de riesgos, con respecto a un embarazo a edad temprana, en el cual interpreta, da significancia e identifica los riesgos, procesando así una serie de experiencias pasadas y presentes; ordenando su contexto para obtener una visión estable del mundo físico y social del cual hace inferencias que le permiten atribuir causas a los efectos y hacer previsiones.

8.3 DISPOSICION A MODIFICAR CONDUCTAS EN RIESGO

Cabe aclarar que para realizar el análisis de la disposición a modificar conductas en riesgo se consideraron tres variables: percepción de riesgo, género y nivel de conocimientos de sexualidad con la finalidad de conocer que tan dispuestos se encuentran los adolescentes a modificar estas conductas.

En el grupo de segundo año, si se observa en el cuadro 9, se ubica la mayor parte de los adolescentes la categoría de **regular** disposición a modificar conductas de riesgo en una proporción del 82%, del cual el 42% corresponde al género masculino y el 40% al femenino; mientras que en la **alta** disposición se localiza un 15%, de este el 5% son hombres y el 10 % mujeres y en un **bajo** nivel de disposición únicamente se da el 3% que corresponde al género masculino.

ANALISIS PROPORCIONAL
DISPOSICION A MODIFICAR CONDUCTAS DE RIESGO
ESC. SEC. DIURNA No. 267 <<TEODORO FLORES>>
GRUPO: 2°. A

CUADRO 9

DISPOSICION MOD. COND, R.	SEXO		
	MASCULIO	FEMENINO	TOTAL
ALTO	5%	10%	15%
REGULAR	42%	40%	82%
BAJO	3%	0%	3%
TOTAL	50%	50%	100%

En los adolescentes de tercer año (cuadro 10), se encontró que un 84% están en un **regular** nivel de disposición a modificar conductas de riesgo, de esta proporción el 44% son hombres y el 40% mujeres, a su vez el 13% de los jóvenes se ubican en una **alta** disposición, de estos el 3% son del género masculino y el 10% femenino y en un **bajo** nivel de disposición el género masculino se ubica con un 3%.

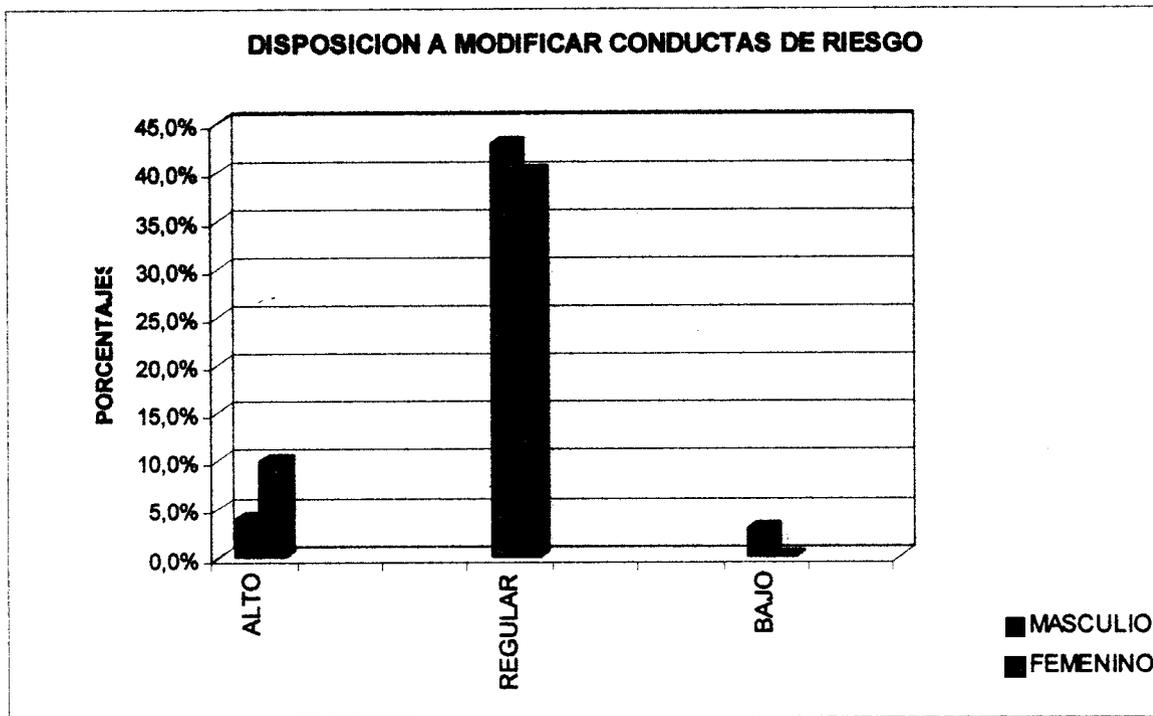
**ANALISIS PROPORCIONAL
DISPOSICION A MODIFICAR CONDUCTAS DE RIESGO
ESC. SEC. DIURNA No. 267 <<TEODORO FLORES>>
GRUPO: 3º. A**

CUADRO 10

DISPOSICION MOD. COND, R.	SEXO		TOTAL
	MASCULIO	FEMENINO	
ALTO	3%	10%	13%
REGULAR	44%	40%	84%
BAJO	3%	0%	3%
TOTAL	50%	50%	100%

Los datos que arroja la investigación con respecto a la disposición a modificar factores de riesgo en ambos grupos se encontraron mínimas diferencias, por lo que se puede afirmar que la aptitud que tienen los adolescentes a identificar los riesgos de una conducta sexual temprana y/o no protegida es positiva, puesto que están informados en el área de conocimientos de sexualidad (ver cuadro 2), observando en los adolescentes disposición a modificar conductas de riesgo, ya que discrimina, clasifica y evalúa estos eventos, con el objeto de cambiar a comportamientos responsables, corroborándose en la gráfica siguiente.

GRAFICA 2



8.4 PROPENSION A MODERAR FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO

Para el análisis de la propensión a moderar factores psicosociales de riesgo se consideraron tres variables: percepción de riesgo, género y estilo de vida, con el fin de percatar que tan propensos están los adolescentes a moderar estos factores.

Con respecto a los jóvenes de segundo año (cuadro 11), el 55% se ubico en una **regular** propensión a moderar factores psicosociales de riesgo de éste, el género masculino se sitúa en un 30% y el 25% por el femenino; un 45% se encontró en una **alta** propensión, siendo el 20% hombres y el 25 % mujeres.

**ANALISIS PROPORCIONAL
PROPENSION A MODERAR FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO
ESC. SEC. DIURNA No. 267 <<TEODORO FLORES>>
GRUPO: 2°. A**

CUADRO 11

PROPENSION MOD. FACT, R.	SEXO		TOTAL
	MASCULIO	FEMENINO	
ALTO	20%	25%	45%
REGULAR	30%	25%	55%
BAJO	0%	0%	0%
TOTAL	50%	50%	100%

En el grupo de tercer año (observar cuadro 12), la propensión a moderar factores psicosociales de riesgo tuvo su mayor representación en la categoría de **regular** con un 77%, siendo el 43% varones y un 34% mujeres; en lo que respecta a la **alta** propensión se encontró el 23%, del cual el 7% lo conformo el género masculino y el 16% el femenino. Como se puede observar en ambos grupos no se hallaron datos en la categoría de **baja** propensión.

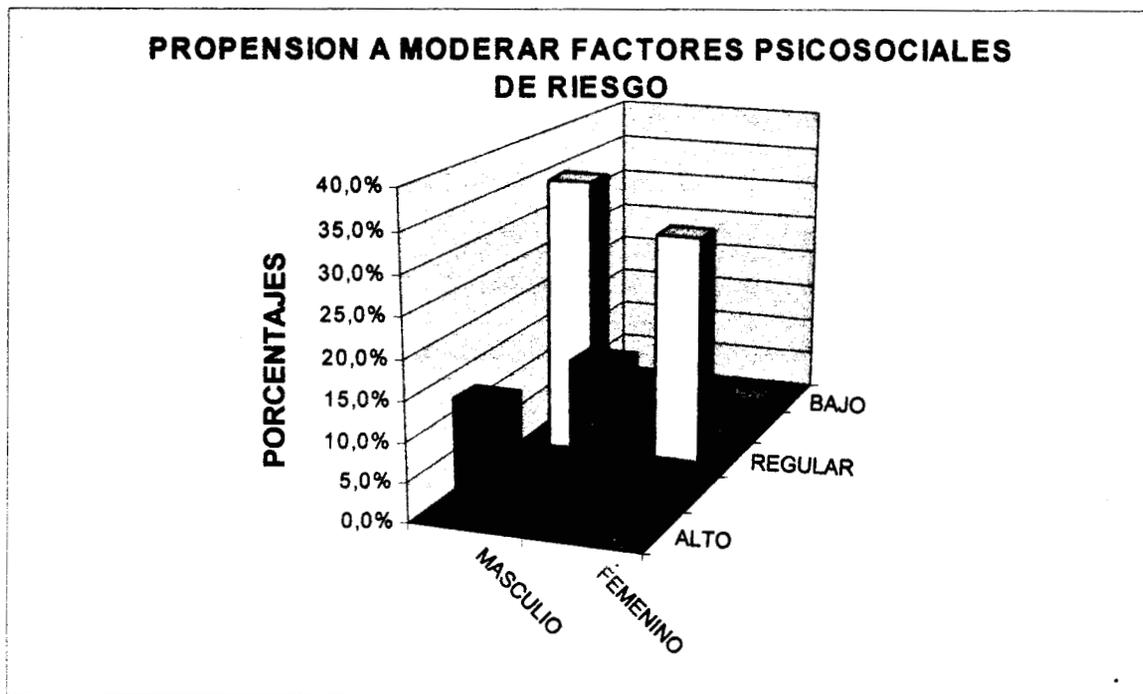
**ANALISIS PROPORCIONAL
PROPENSIONA A MODERAR FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO
ESC. SEC. DIURNA No. 267 <<TEODORO FLORES>>
GRUPO: 3°. A**

CUADRO 12

PROPENSION MOD. FACT, R.	SEXO		
	MASCULIO	FEMENINO	TOTAL
ALTO	7%	16%	23%
REGULAR	43%	34%	77%
BAJO	0%	0%	0%
TOTAL	50%	50%	100%

Los datos obtenidos en estas variables nos hacen deducir como lo muestra la gráfica 3, que los adolescentes tienen buena predisposición a moderar factores psicosociales de riesgo, dado que su estilo de vida y la percepción de riesgo es buena en términos generales, porque para identificar factores de riesgo en su actividad sexual; categoriza, atribuye y emite juicios de acuerdo con sus emociones y a su contexto social.

GRAFICA No. 3



8.5 NIVEL DE TOMA DE DECISIONES

En el análisis del nivel de toma de decisiones se conjugo, la propensión a moderar factores psicosociales de riesgo, así como también la disposición a modificar conductas que perjudican su salud, para lo cual fue necesario examinar todas las variables que se utilizaron en la investigación.

Los resultados en el grupo de segundo año (cuadro 13), la mayor representatividad del nivel de toma de decisiones se encontró la categoría **regular** con un 91% del cual el 61% es del género masculino y en un 30% el femenino; en el nivel **alto** figura un 6% el cual comparten en un 3% ambos géneros y únicamente en el nivel **bajo** el 3% se manifestó en hombres.

**ANALISIS PROPORCIONAL
NIVEL DE TOMA DE DECISIONES
ESC. SEC. DIURNA No. 267 <<TEODORO FLORES>>
GRUPO: 2°. A**

CUADRO 13

NIVEL DE TOMA DE DEC.	SEXO		TOTAL
	MASCULIO	FEMENINO	
ALTO	3%	3%	6%
REGULAR	61%	30%	91%
BAJO	3%	0%	3%
TOTAL	67%	33%	100%

Con respecto al tercer año (cuadro 14), el nivel de toma de decisiones dentro del rango **regular** se halló el 91%, siendo el 44% hombres y el 47% mujeres; mientras que el nivel **alto** lo constituye un 6%, el cual está repartido equitativamente en ambos géneros, y solo el nivel **bajo** está conformado en un 3% por adolescentes varones.

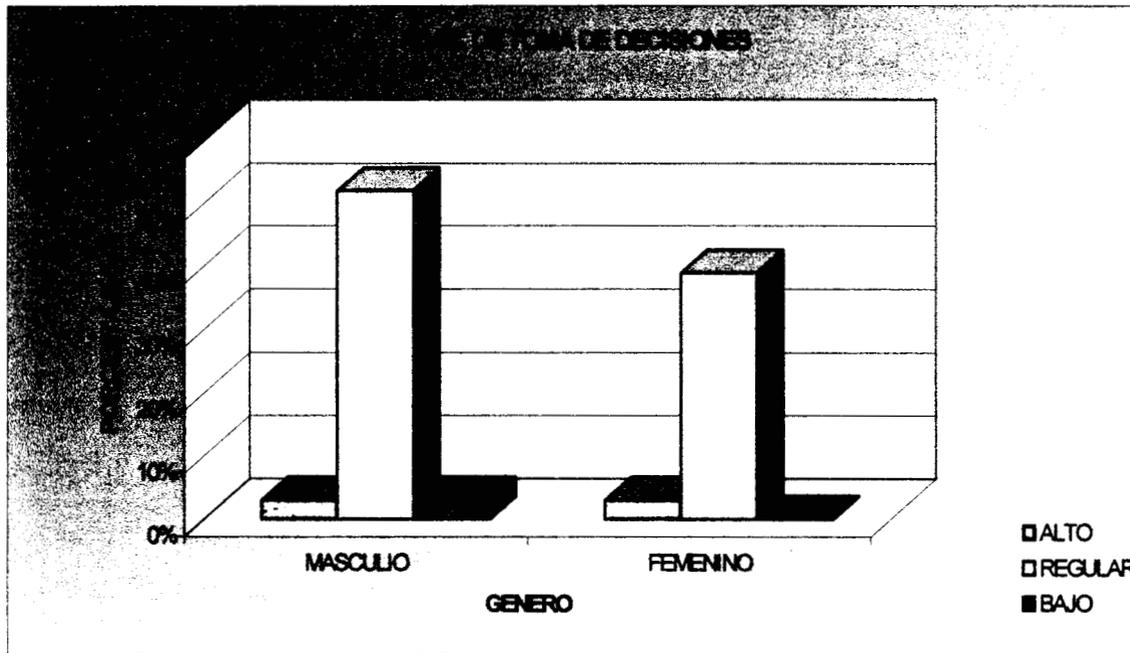
**ANALISIS PROPORCIONAL
NIVEL DE TOMA DE DECISIONES
ESC. SEC. DIURNA No. 267 <<TEODORO FLORES>>
GRUPO: 3°. A**

CUADRO 14

NIVEL DE TOMA DE DEC.	SEXO	MASCULIO	FEMENINO	TOTAL
	ALTO		3%	3%
REGULAR		44%	47%	91%
BAJO		3%	0%	3%
TOTAL		50%	50%	100%

Como se puede observar se hallaron mínimas diferencias con respecto al segundo año, las cuales se manifestaron en ambos géneros en la categoría **regular** del nivel de toma de decisiones (ver gráfica 4).

GRAFICA No.4



Haciendo una recapitulación de todas las variables anteriores podemos afirmar que la hipótesis central de la investigación quedo demostrada, porque la propensión a moderar factores psicosociales de riesgo y la disposición a modificar conductas riesgosas tienen injerencia en el nivel de toma de decisiones en conductas saludables en relación a la sexualidad de los y las adolescentes, puesto que los datos encontrados en las variables antes mencionadas, los adolescentes se ubicaron en la categoría de regular propensión y disposición; así mismo, el nivel de toma de decisiones fue regular en ambos grupos.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El proceso de urbanización en México ha modificado no solo el modo, estilo y calidad de vida de sus habitantes, sino también ha transformado las distintas formas de relaciones interpersonales, así como las estancias en donde éstas se recrean.

De tal modo que junto con el desarrollo urbano, se generan también una serie de carencias que desenvocan en la creación de grandes cinturones de miseria, habitados por los “marginados”, no solo del sector económico sino de toda clase de seguridad social. Así entonces, en este tipo de sectores se agravan su estado de salud, dadas las condiciones antihigiénicas y precarias en las que viven y las formas de supervivencia, económica ante la falta de empleo y por consecuencia de un ingreso estable.

De ahí que la Psicología Social se ocupe de aplicar una parte de sus conocimientos al apoyo de este sector poblacional; ante tal situación surge la necesidad no solo de especializar la ciencia, sino de sensibilizarla ante las necesidades de la población; con el cuidado no de repetir el modelo “paternalista” de proteger a la comunidad, sino de promover la participación y que aprendan a ser autogestivos.

Para que lo anterior sea posible es necesario darle un nuevo enfoque a aquellos constructos que parecieran un hecho irrefutable, y que trasciendan en los sujetos más allá de lo que objetivamente parecen ser, uno de estos es sin duda el concepto salud- enfermedad.

La salud y la enfermedad, hoy en día han adquirido una nueva concepción que nos lleva más allá de un simple juego de ideas, de modo que actualmente al hablar de salud, ya no es algo exclusivo del campo de la medicina, pues ahora está incluida la psicología de la salud y la psicología social. Ambas han aportado una nueva perspectiva para que tanto la salud, como la enfermedad se aborden de manera integral. Así entonces, el hablar de salud y enfermedad no solo nos remite a los procesos biológicos, sino también a los sociales, los cuales resultan ser determinantes, donde el profesional en Psicología Social esta preparado para participar en la estructuración y aplicación de programas gubernamentales de salud pública.

Dada la problemática social que conlleva el crecimiento demográfico, las carencias de orden político y económico, así como las demandas de la población, es imperante la intervención en situaciones como la del embarazo en la adolescencia, porque hoy en día esté, se considera como un problema de salud pública; de acuerdo a su supuesto incremento, su contribución al crecimiento acelerado de la población, además de los efectos adversos que representa para la salud de la madre y el niño y su contribución a la pobreza. La circunspección a este sector de la población va en el sentido de la prevención del embarazo en los adolescentes para mejorar su calidad de vida; haciéndolos participes y generar alternativas de solución, que arrojen una nueva propuesta de cultura generacional.

Como hemos mencionado, la adolescencia, es un período de cambios y transformaciones de los seres humanos, es un momento de preparación para asumir, una responsabilidad social. El adolescente va descubriendo su propio cuerpo que en ocasiones él mismo desconoce y siente nuevas sensaciones sexuales, hasta ese momento ignoradas para él.

Por otra parte, la sociedad marca pautas para la convivencia social. De esta manera, el y la adolescente se encuentran entre actuar por lo que sienten y desean o “deben” hacer.

La sexualidad no comprende solo el aspecto biológico, sino en ella se conjugan también elementos emocionales y sociales. El cuerpo humano es sexuado en su conjunto, no sólo son los órganos genitales; la sexualidad se expresa también a través de todos nuestros movimientos, gestos, actitudes, etc. Todos los seres humanos, hombres y mujeres, poseemos una sexualidad que se expresa en diferentes formas en las distintas etapas de nuestra vida.

Las y los adolescentes debido a la producción hormonal y al desarrollo de los órganos sexuales, viven un “despertar sexual”, impulso que los lleva a explorar su “nuevo cuerpo” y a sentir un placer especial.

En el caso del ejercicio de la sexualidad, es importante que los y las adolescentes estén conscientes de que deben adoptar decisiones de manera responsable e informada, considerando todos los riesgos a que se exponen; como son un embarazo no deseado o el contagio de una enfermedad de transmisión sexual con todos los daños que esto puede ocasionarles.

Existen motivos para involucrarse sexualmente y razones para no hacerlo. Es importante que los y las adolescentes consideren y analicen cada uno de ellos de acuerdo con sus valores, con los proyectos que tienen para su vida y con los que crean que más les convenga y beneficie.

El embarazo entre los adolescentes es un hecho muy frecuente. Las causas son muy diversas, van desde la falta de información básica sobre el sexo y la sexualidad, el miedo a estar solo (a), la posibilidad de sentirse adulto, la carencia de afecto, la necesidad de reafirmarse como mujeres o como hombres, relación y comunicación inadecuada con los padres, la búsqueda de independencia, la presencia de embarazos premaritales en hermanos y/o madre.

Las consecuencias del embarazo entre adolescentes no se limitan a algunos meses de sobre peso en la mujer, sino que trastornan en su totalidad la vida tanto de ella, como la del hombre y la del futuro bebe. Se sabe que la morbi- mortalidad infantil en madres adolescentes es más elevada que en las madres mayores, especialmente en el nivel socioeconómico bajo. También se ha observado problemas en el desarrollo de bebes de madres adolescentes. La mujer que se embaraza antes de los 15 años tiene mayores posibilidades de abortos o partos prematuros, presentándose una serie de complicaciones que dañan tanto al recién nacido como a la madre.

Los cambios psicológicos que de por sí ya tienen los y las adolescentes, también hay que agregar los cambios que implica un embarazo, que por lo general causan sentimientos de minusvalía, baja autoestima, que se da frecuentemente por la exposición al rechazo inicial de la familia, los amigos y de la sociedad en general. Así como también intentos de aborto e intentos de autodestrucción. Además los adolescentes se deben adaptar a un nuevo papel, lo cual implica una serie de decisiones que probablemente nunca se imaginaron, por lo que se exponen a continuos desajustes.

Existen tres formas que pueden ayudar a prevenir embarazos tempranos y no deseados: uno es la abstinencia, es decir, no tener relaciones sexuales; la segunda, el uso de métodos anticonceptivos; la tercera y más importante es la educación y la preparación para ejercer la

sexualidad de una manera placentera y responsable en donde los adolescentes dispongan de habilidades personales y sociales para una mejor toma de decisiones respecto al ejercicio de su sexualidad.

Por tal motivo deben pensarse en estrategias educativas, que sean persuasivas y que modifiquen actitudes que los lleven a la toma de decisiones responsables para el ejercicio de su sexualidad. La estructura de las estrategias educativas deben ofrecer a los y las adolescentes suficientes elementos de análisis en torno de las implicaciones y efectos de una maternidad o paternidad prematura. Así mismo, otorgar información respecto de la relación sexual en el marco de una visión que involucre los aspectos de riesgo y prevención; el riesgo con especial énfasis en el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y las medidas de prevención para evitar ambas situaciones.

Este rasgo preventivo es el que debe de orientar las actividades de búsqueda de información y análisis que, en relación con los temas se estudien. Lograr que los y las adolescentes asuman, respecto del ejercicio de su sexualidad una conducta preventiva y responsable, que implique el análisis de las relaciones familiares, los valores, la autoestima y su contexto social

Independientemente de que el o la adolescente se desarrolle en un ambiente familiar con apertura y conocimiento para que intercambie información, exprese dudas, temores o viva una situación opuesta esto es, sin comunicación con sus padres, lo esencial será ofrecer los espacios de indagación y reflexión que le permitan configurar sus propios patrones de conducta con base en una óptima concepción de autoestima, la cual, aunada al respeto y cuidado de sí mismo, serán las mejores armas para que logre un desarrollo integral y sano, tanto en el aspecto físico como en el intelectual, social y afectivo.

Es por ello la importancia en esta investigación del Modelo de Investigación Acción Participativa por su contribución en acciones para la solución de problemáticas sociales, siendo este, un proceso a través del cual un grupo social como el de los adolescentes desarrolla acciones con la participación del psicólogo social en diversos ámbitos que involucra reconocimiento de la experiencia, el análisis de la realidad y la capacidad de decidir, en el que el adolescente forme y tome parte del conjunto de actividades que lo

conduzcan a ellas en una forma real y efectiva, que se traduzca en acciones concretas hacia una toma de decisiones responsables en el ejercicio de su sexualidad.

Recordando que la transformación social no se logra con cualquier tipo de acción, sino con aquellas que están vinculadas a actividades que conducen el cambio social estructural. Así, los beneficios para la comunidad pueden ser cuestionados en la medida en que ni la investigación, ni la organización, ni la participación son suficientes para producir cambios estructurales. Por tal motivo es justamente la acción de la comunidad dentro del proceso acción participación la que producirá esos cambios.

La intervención en los adolescentes de acuerdo al Modelo de Investigación Acción Participativa nos permitió la utilización de sistemas de evaluación, para identificar las causas de la problemática, no como problemas aislados, sino como producto de una realidad en la que está inmerso el sujeto, dentro de la cual se incluyen las características del propio adolescente como también su entorno social.

De acuerdo a los datos arrojados encontramos en la disposición a modificar conductas de riesgo, en ambos grupos se ubican en un nivel regular, por lo que se afirma que la actitud que tienen los adolescentes a identificar los riesgos de una conducta sexual temprana y/o no protegida es positiva, puesto que están informados en el área de conocimientos de sexualidad, observando en las y los adolescentes una buena disposición, ya que discrimina, clasifica y evalúa estos eventos, con el objeto de cambiar a comportamientos sexuales responsables.

En lo que respecta a los datos obtenidos en la propensión a modificar factores psicosociales de riesgo en ambos grupos su nivel es regular, deduciendo así, que tienen buena predisposición, dado que su estilo de vida y la percepción de riesgo es favorable en términos generales, porque para identificar factores de riesgo en su actividad sexual; categoriza, atribuye y emite juicios de acuerdo a sus emociones y a su contexto social.

Concluyendo que el nivel de toma de decisiones en los y las adolescentes referidos, se manifestaron con una tendencia preventiva ante un embarazo a edad temprana, quedando así demostrada la hipótesis central de la investigación, porque la propensión a moderar

factores psicosociales de riesgo y la disposición a modificar conductas riesgosas tienen injerencia para la toma de decisiones de conductas saludables en el ejercicio de su sexualidad.

De acuerdo al análisis, mostró una decidida aceptación, el taller de <<Sexualidad Humana>> por parte de los y las adolescentes, maestros y autoridades en el que se implicaron para el desarrollo de este, proporcionándoles así habilidades individuales y sociales necesarias, tratando de dar una visión integral a la salud, incluyendo aspectos psicosociales, ya que al ofrecer educación sexual y la para la vida familiar aumenta los conocimientos sobre el tema y los conduce a actitudes y conductas más responsables en el ejercicio de su sexualidad.

Así mismo, ofrecer a los y las adolescentes suficientes elementos de análisis en maternidad o paternidad prematura y las implicaciones sociales, económicas y de salud que están insertadas durante el embarazo; además de otorgar información respecto de la relación sexual en el marco de una visión que involucre los aspectos de riesgos y prevención; el riesgo con especial énfasis en el embarazo a edad temprana y las medidas para evitar tal situación. Este rasgo preventivo es el que debe orientar las actividades de búsqueda de información y análisis con relación al embarazo a edad temprana.

Así entonces resulta conveniente abordar este tipo de problemáticas sociales, en donde la Psicología Social de la Salud, tiene mucho trabajo que desarrollar, tanto en el ámbito teórico, como en el práctico; el presente trabajo pretende ser una contribución a ello. Los resultados obtenidos son una evidencia suficiente de lo que hay y de lo que se puede hacer; pero por supuesto, se necesita realizar un análisis más profundo de las variables manipuladas. Por lo que consideramos que esta investigación, deja las puertas abiertas del camino para quien lo desee seguir.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Ander- Egg, Ezequiel. (1992), **Metodología y práctica del Desarrollo de la Comunidad**, ed. EGRO, Buenos Aires Argentina.
- Barrera, M. y Kerdel, V. (1986), **El adolescentes y sus problemas en la práctica**, Monte Avila Editors.
- Barrere, J. J. (1992), “Salud y Enfermedad”. En: **Psicología Social I**, Plaza & Janes editores, S.A.
- Becoña, E. Y Cols. (1995), “Estado actual y perspectiva de la Psicología de la Salud” En: **Revista Psicológica Contemporánea # 3**. Vol. 2. México: Manuel Moderno: España.
- Blanco, G. J. (1993) “La ciudad y la salud”. En: **Espacio Urbano y Salud**. México: Universidad de Guadalajara.
- Carranza, A. M. (1993). “Psicología Social Comunitaria”. En: **Revista de Psicología**, #1 UAS, México.
- Carranza, A. M. Y Cols. (1991). “Psicología Social y Organización Popular”: En **Revista de psicología**. # 5 y 6 Sep. – Dic. Culiacán, México: UAS.
- Carranza, A. M. Y Almeida, A. E. (1995), “La Investigación Participativa: Una Concepción Metodológica para la Psicología Comunitaria”. En Almeida E. y Cols. **Psicología social comunitaria**. México : BUAP – UADY.
- Carranza, A. M. Y Almeida. A. E. (1995), “ La Psicología comunitaria”, En. Almeida E. y Cols. **Psicología social comunitaria**. México: BUAP – UADY.

- Carta de Ottawa para la promoción de la Salud, Conferencia Internacional sobre promoción de la Salud, Ottawa, Ontario Canadá, Noviembre 1986.
- Cuevas, B. J y Wulfert, E. B. (1983), “Conocimiento Sexual, actitudes hacia la sexualidad y conducta sexual en estudiantes universitarios”, En: **Enseñanza e Investigación en Psicología # 9 vol. 1**, México.
- DECA. Equipo Pueblo (1996). **La Sierra de Santa Catarina**. México: Equipo Pueblo.
- Di Nicola P. (1994) “Las dimensiones Socioculturales en las practicas relativas a la salud”. En Donati P. Manuel de **Sociología de la Salud**. Madrid: Díaz de Santos.
- Fernández P.C. y cols. (1996) **Características sociofamiliares y consecuenencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz**. Bol Med Hosp Infant Mex.
- Flores, H.E. (1998) “El proyecto de Salud de San Miguel Teotongo”. En: **Las mujeres de los grupos de salud de las Organizaciones Urbanas Populares**, Tesis de Maestría en antropología social, México.
- García I., Guliani F y Wisenffeld E. (1994).”El lugar de la teoría en la Psicología Social Comunitaria: Comunidad y Sentido de comunidad”. En: Montero M. (coord): **Psicología Social Comunitaria**. México: Universidad de Guadalajara.
- Garza, Gustavo (1988). **Atlas de la ciudad de México**. Fascículo 1, COLMEX, México.
- Gorri, G. A. (1995). **La intervención Psicosocial en Política Social y en Servicios Sociales**. Madrid, España. PRDHUFI.

- Harré, Rom. (1997). **Diccionario de Psicología Social y Personalidad**, México, ed. Paidós.
- Hernández, Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio P. (1997) **Metodología de la Investigación**, México ed. Mc Graw - Hill.
- Hernández, Villegas M. (1992), **Manual sobre sexualidad**, UAM-I.
- Hurlock, E. (1970) **Psicología de la Adolescencia**, Nueva York, ed. Interamericana.
- IPPF, (1989), “Consecuencias negativas del embarazo en la adolescencia”. En: **Embarazo de la adolescente en América Latina y el Caribe**, New York, Federación Internacional de Planificación Familiar.
- King de Arias, A. (1989), “La comunicación sexual, las actitudes y valores de los adolescentes” En: **Revista Mexicana de Psicología # 4**, México.
- Klein Robert E. (1998) “Programas de intervención para adolescentes” En: **Revista Psicología**. Marzo-Abril, No. 22
- Kumante J. (1991), “La fecundidad en adolescentes” En: Memoria, Conferencia Internacional sobre fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe, México, D.F.: Pathfinder Fund & Population Council.
- Latorre Postigo J. (1994) **Psicología de la Salud**, Buenos Aires ed. Lumen
- Master y Johnson (1987) **La Sexualidad Humana**, vol 1, Balcelona, ed. Grijalbo.

- Menéndez L. M. (1998), “Estilos de vida, riesgos y construcción social, conceptos similares y significados diferentes” En: **Estudios Sociológicos del Colegio de México**, vol. XVI, Núm. 46, Enero –Abril.
- Meeks L. y Philip H. (1993), *Tu salud, un enfoque integral*, Glencoe, ed. McGraw-Hill.
- Monroy de V., Aguilar J, Morales G., (1985), **Salud, sexualidad y adolescencia**, México, ed. Pax-Mex.
- Montero M. (1994) “Vidas paralelas: Psicología comunitaria en Latinoamérica y en los Estados Unidos”. En Montero M. (coord): **Psicología Social Comunitaria**, México: Ed. Universidad de Guadalajara.
- Montero M. (1994) “Procesos de influencia social consciente e inconsciente en el trabajo Psicosocial Comunitario: La dialéctica entre mayorías y minorías activas”. En Montero M. (coord.) **Psicología Social Comunitaria**. México: Ed. U. De G. P.
- Nutbeam Don. (1996) “Glosario de Promoción de la Salud”. En: **Promoción de la Salud**; Una antología. ed. OPS- México.
- OPS (1993) “La participación social en el contexto actual de América Latina” En: **La participación social en el desarrollo de la salud**. Ed. OPS. México.
- Papalia (1988), **Psicología**, ed. Trillas, México
- Pick Susan y cols. (1995), *Planeado tu vida. Programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes*, México, ed. Planeta.
- Rodríguez, Marín. (1997) “La Psicología social de la salud”. En: **La Psicología Social Aplicada** ed. Mc Graw – Hill.

- Stern Claudio (1997), Salud Pública “El embarazo en la adolescencia” En: Salud Pública de México, vol. 39 No.2 Marzo- Abril.
- Sánchez Vidal A. (1991) **Psicología comunitaria. Bases conceptuales y Métodos de Intervención**. Barcelona: PPU.
- Secretaría de Salud (1990), **La Salud de la mujer en México**, México.
- Segura, J. Y Cols. (1991). “La psicología Comunitaria como Proceso de Salud”. En **Salud Comunitaria**. México: UIA.
- Serrano I. y López G: (1994) “Una perspectiva diferente del poder y el cambio social para la Psicología Social Comunitaria”. En Montero M. (coord.) **Psicología Social Comunitaria**. México: Ed. U de G.
- Silva, Silva Ma. Irene (1995), “Procesos psicosociales, a través de los cuales el sentido común se apropia de la realidad” En: POLIS 95, UAM-I.
- Solís, B.M.S. y Meza, H. (1991). ”La psicología comunitaria como proceso de salud”. En: **Salud Comunitaria**. México: UIA.
- Toro-Calzada, R.J. (1992), **Embarazo en adolescentes**, México , Ginecol Obstet,
- Treboux, D. y Bush Rossnagel, N.A. (1990), “Social Network Influences on Adolescent Sexual Attitudes and Behaviors. **Journal of Adolescent Research**, # 2, vol. 5.
- Vidal, Ismael. (1998)**Orientación Educativa**, México, ed. Trillas.

- Welti C. (1992) **La fecundidad adolescente en México**, México, ed. Población y sociedad en México.
- Whittaker, James O (1985) **La Psicología en el mundo de hoy**, México, ed. Trillas
- XI Censo General de Población y Vivienda (1992), INEGI, México, D.F.

ANEXOS

Anexo 1

DIAGNÓSTICO PARA LA MEDICIÓN DEL ESTADO GENERAL DE SALUD

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Ocupación: _____ Grupo: _____ Lugar de aplicación: _____

El presente cuestionario está diseñado para aumentar tu conocimiento y conciencia del estado general de salud y para resaltar las áreas potenciales de preocupación. No te compara al resto de la población, pero si te muestra las áreas de tu estilo de vida, donde tienes hábitos saludables y donde debes mejorar. Debes mantener en mente que aunque hay riesgos para la salud asociados con la edad, el sexo y la herencia que están fuera de tu control, hay muchos otros que sí puedes modificar o controlar, tales como el ejercicio, la dieta, la obesidad, los niveles sanguíneos de colesterol, el uso de tabaco, las relaciones interpersonales, etc.

SECCIÓN A. CONDICIÓN FÍSICA.

1.	¿Haces ejercicio o juegas algún deporte durante, al menos 30 minutos, tres o más veces a la semana?	SI	NO
2.	¿Realizas ejercicios de calentamiento y enfriamiento antes y después de hacer ejercicios?	SI	NO
3.	¿Tienes el peso adecuado para tu estatura y sexo?	SI	NO
4.	En general, ¿estás satisfecho con tu condición física?	SI	NO
5.	¿Estás satisfecho con tu actual nivel de energía?	SI	NO
6.	¿Usas las escaleras, en lugar de los elevadores, cada vez que sea posible?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN B. HISTORIA FAMILIAR.

Tiene usted un abuelo, padre, tío/a, hermano/a que:

1.	¿Haya tenido un ataque al corazón antes de los 40 años de edad?	NO	SI
2.	¿Haya tenido presión sanguínea alta requiriendo tratamiento?	NO	SI
3.	¿Haya desarrollado diabetes?	NO	SI

4.	¿Haya desarrollado glucoma?	NO	SI
5.	¿Haya desarrollado gota?	NO	SI
6.	Haya desarrollado cáncer de mama?	NO	SI

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN C. AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO.

1.	¿Te lavas los dientes diariamente?	SI	NO
2.	¿Te efectúas un chequeo dental, por lo menos, una vez al año?	SI	NO
3.	¿Usas bronceadores solares regularmente y evitas las exposiciones prolongadas al sol?	SI	NO
4.	¿Examinas tu cuerpo en búsqueda de alteraciones u otros cambios al menos una vez al mes?	SI	NO
5.	¿Sabes usualmente qué hacer en caso de enfermedad o accidentes?	SI	NO
6.	¿Evitas los rayos X innecesarios?	SI	NO
7.	¿Duermes lo suficiente normalmente?	SI	NO
8.	¿Te has medido tu presión sanguínea en el último año?	SI	NO
9.	¿Te has hecho un examen de la vista durante el último año?	SI	NO
10.	¿Te has realizado exámenes clínicos (orina, química sanguínea, heces fecales) durante el último año?	SI	NO
11.	¿Te has desparasitado en el último año?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN D. HÁBITOS ALIMENTICIOS.

1.	Bebe usted suficientes líquidos para que su orina tenga un color amarillo pálido?	SI	NO
2.	Tiene usted alimentos especiales o favoritos?	NO	SI
3.	Le añade usted sal a las comidas?	NO	SI
4.	Mantiene usted en un mínimo de consumo de productos dulces especialmente de Caramelos y bebidas gaseosas y de otros tipos	SI	NO
5.	Está su dieta bien balanceada, incluyendo vegetales, frutas, panes, cereales, productos Lácteos y fuentes adecuadas de proteína?	SI	NO
6.	Limita usted su consumo de grasas saturadas (mantequilla, queso, crema, carnes grasosas)?	SI	NO
7.	Limita usted su consumo de colesterol (huevos, hígado, carnes)?	SI	NO
8.	Come usted pescado y aves más frecuentemente que carnes rojas?	SI	NO
9.	Come usted alimentos altos en fibra, varias veces al día (vegetales, frutas, granos enteros)?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN E. CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS.

1.	Fuma usted cigarrillos, tabaco, pipa, mastica tabaco o usa otras drogas?	NO	SI
2.	Se limita usted a consumir a lo sumo dos tragos al día?	SI	NO
3.	Ha oído usted críticas o comentarios de algún miembro de su familia o amigos sobre sus Hábitos alcohólicos o de su consumo de alguna otra droga?	NO	SI
4.	Le ha ocurrido alguna vez que ha perdido la memoria de lo que ha hecho estando bajo el Efecto del alcohol o de otra droga?	NO	SI
5.	Consumo usted alcohol o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de Angustia o problemas en su vida?	NO	SI
6.	Lee usted y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento recetado o Autoindicado?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN F. ACCIDENTES.

1.	Maneja usted bajo efectos de alcohol u otras drogas o aborda un vehículo manejado por Algún conductor bajo los efectos del alcohol u otras drogas?	NO	SI
2.	Observa usted las reglas de tránsito?	SI	NO
3.	Opera usted maquinarias peligrosas que requieren atención y precaución bajo los efectos Del alcohol u otras drogas?	SI	NO
4.	Observa usted las medidas de seguridad en su local y centro de trabajo?	SI	NO
5.	Fuma usted en la cama?	NO	SI
6.	Se asegura de tener claras las instrucciones cuando usa productos o sustancias de Limpieza, tóxicos, inflamables, solventes y conexiones eléctricas?	SI	NO
7.	Se asegura usted de cerrar las llaves de gas o de mantener siempre las precauciones Con los combustibles que utiliza para su cocina?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN G. VALORES DE LA VIDA. ESFERA ESPIRITUAL E INTELECTUAL.

1.	Se interesa usted por eventos relacionados con la vida política y social?	SI	NO
2.	Se siente usted satisfecho con el tiempo libre que dispone para su recreación y Entretenimiento?	SI	NO
3.	Es usted creativo o disfruta con las actividades que realiza?	SI	NO
4.	Se siente usted satisfecho al corresponder el trabajo que realiza con sus valores y motivaciones?	SI	NO
5.	Se siente usted satisfecho al corresponder las actividades recreativas que realiza con sus valores motivaciones?	SI	NO
6.	Tiene usted dificultad para aceptar los valores, actitudes y estilos de vida de otras personas diferentes a usted?	NO	SI
7.	Esta usted satisfecho con su vida espiritual?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN H. ESTRES Y APOYO SOCIAL.

1.	Se siente usted satisfecho con la cantidad de estímulos en su vida?	SI	NO
2.	Es fácil para usted reírse?	SI	NO
3.	Reprime sus sentimientos de disgusto sin expresarlos?	NO	SI
4.	Puede usted tomar decisiones con un mínimo de atención y frustración?	SI	NO
5.	Incluye usted en su rutina diaria un tiempo para relajarse?	SI	NO
6.	Se prepara usted para eventos desagradables que puedan producirle estrés?	SI	NO
7.	Ha tenido que hacer reajustes importantes en su hogar o en el trabajo en el pasado	NO	SI

	Reciente?		
8.	Ha tenido usted algún familiar o amigo muerto, herido o gravemente enfermo en los Últimos tiempos?	NO	SI
9.	Tiene usted sentimientos de culpa o autocastigo por algo que le preocupa mucho?	NO	SI
10.	Ha cambiado sus hábitos de comer y dormir por alguna situación de estrés o algún Incidente en el pasado reciente?	NO	SI
11.	Puede dormir frecuentemente sin despertarse en toda la noche?	SI	NO
12.	Se despierta usted descansado?	SI	NO
13.	Tiene usted una o más personas con las que pueda conversar problemas íntimos y personales?	SI	NO
14.	Se siente usted respetado y admirado por los demás?	SI	NO
15.	Tiene usted alguien a quien pueda pedir ayuda económica en calidad de préstamo si fuera necesario?	SI	NO
16.	Está usted satisfecho con el apoyo que brinda a los demás?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN I. MEDIO AMBIENTE.

1.	Vive o trabaja en un medio ambiente de contaminación de aire y ruido?	NO	SI
2.	Está usted expuesto a menudo a cloruro de vinilo, asbesto u otras toxinas?	NO	SI
3.	Ha extrañado usted su trabajo cuando lo ha dejado por alguna enfermedad o siente Nostalgia por regresar a él?		
4.	Permanece sentado por periodos de una hora o más tiempo?	NO	SI
5.	Se siente usted satisfecho con sus habilidades para realizar sus actividades de trabajo?	SI	NO
6.	Cree usted que recibe justa y adecuadamente el reconocimiento por las actividades que realiza?	SI	NO
7.	Está usted satisfecho con la flexibilidad del tiempo entre sus actividades de trabajo y el Tiempo libre?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

SECCIÓN J. SEXUALIDAD.

1.	Está usted satisfecho con su actividad sexual?	SI	NO
2.	Está usted satisfecho con sus relaciones sexuales?	SI	NO
3.	Se siente satisfecho con usar (o no usar) anticonceptivos?	SI	NO
4.	Se siente usted satisfecho al realizar (o no realizar) prácticas sexuales protegida o Seguras?	SI	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA:

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

Para cada sección del diagnóstico, escriba en los espacios el número de respuestas que usted marcó en la columna izquierda del mismo.

SECCIÓN	NOMBRE DE LA SECCIÓN	No. DE RESPUESTA EN LA COLUMNA IZQUIERDA
A.	CONDICIÓN FÍSICA	
B.	HISTORIA FAMILIAR	
C.	AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO	
D.	HÁBITOS ALIMENTICIOS	
E.	CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS	
F.	ACCIDENTES	
G.	VALORES, ESFERA INTELECTUAL Y ESPIRITUAL	
H.	ESTRES Y APOYO SOCIAL	
I.	MEDIO AMBIENTE	
J.	SEXUALIDAD	

Anexo 2

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE SEXUALIDAD

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Grupo: _____

Lugar de aplicación: _____

A continuación, encontraras una serie de preguntas y una serie de afirmaciones acerca de la sexualidad, subraya la que consideres más adecuada, contestalo sinceramente. Los datos obtenidos serán utilizados únicamente para fines estadísticos y en forma confidencial.

1.- Durante esta etapa dejan de interesar los juegos infantiles y empieza a haber mayor atracción por el sexo opuesto, la música, los deportes y la moda.

- a) Adolescencia b) Vejez c) Niñez d) Madurez

2.- La célula reproductora o sexual de la mujer es:

- a) El espermatozoide b) La neurona c) El óvulo d) El adiposito

3.- El hecho de comportarse, expresarse y sentirse como hombre o mujer por la influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales se refieren a:

- a) Genitalidad b) Sexualidad c) Sexo d) Pubertad

4.- El órgano masculino que sirve para tener relaciones sexuales y orinar es:

- a) El útero b) El escroto c) La próstata d) El pene

5.- El sangrado que presenta la mujer cada mes y que sale por la vagina, con una duración de tres a siete días aproximadamente se llama:

- a) Eyaculación b) Mestruación c) Flujo vaginal d) Lubricación vaginal

6.- El órgano por el cual el feto se alimenta y elimina los desechos es:

- a) La vagina b) La placenta c) El ovario d) El canal cervical

29.- Los labios mayores, menores, el clítoris y la entrada vaginal son órganos genitales:

- a) Externos del hombre b) Internos de la mujer c) Externos de la mujer
d) Internos del hombre

30.- A la introducción del pene en la vagina se le llama:

- a) Juego Sexual b) Orgasmo c) Coito d) Masturbación

31.- La menstruación se produce en:

- a) El hombre b) En ambos sexos c) En la mujer
d) Algunas veces en el hombre y en algunas veces en la mujer

32.- La célula reproductora o sexual del hombre es:

- a) El óvulo b) El espermatozoide c) El ovario d) La neurona

33.- La unión de un óvulo con un espermatozoide es llamada:

- a) Menopausia b) Ovulación c) Fecundación d) Parto

34.- Las píldoras son un método anticonceptivo usado por:

- a) Los hombres b) Hombres y mujeres c) Un mes el hombre y un mes la mujer
d) Las mujeres

35.- El que un bebe sea niño o niña lo determina:

- a) La madre b) El padre c) Algunas veces el padre y otras la madre
d) Ambos

36.- A los métodos que se utilizan para evitar embarazos no deseados se les llama:

- a) Anticonceptivos b) Fértiles c) Quirúrgicos d) Abortivos

37.- Es el período en que la mujer debe cuidarse más que en el resto del embarazo para evitar contagios:

- a) Los tres primeros meses b) El quinto mes c) Del tercero al sexto mes
d) El octavo mes

38.- Es un método de control natal que consiste en una pequeña bolsa de hule delgada que se coloca en el pene:

- a) Dispositivo intrauterino b) Jalea espermicida c) Diafragma d) Condón

39.- Una mujer embarazada puede tener relaciones sexuales:

- a) Cierto b) Falso

Anexo 3

CUESTIONARIO PARA LA MEDICION DEL ESTILO DE VIDA Y SALUD

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Grupo: _____

Lugar de aplicación: _____ Fecha de aplicación: ____ / ____ / ____

Sabias que tu salud depende mucho del estilo de vida que llevas, es decir, de lo que haces día tras día.

INSTRUCCIONES:

Contesta por favor cada pregunta y subraya una de las respuestas. Una vez terminado, observa tu puntaje final.

1.-¿Con qué frecuencia haces ejercicios físicos?

- a) Cuatro o cinco veces por semana b) Tres veces por semana c) Una vez por semana
d) Rara vez

2.- ¿Con qué frecuencia prefieres subir escaleras aunque haya elevadores o escaleras mecánicas?

- a) Casi siempre b) Frecuentemente c)
Ocasionalmente
d) Rara vez

3.- ¿Cuántas horas diarias dedicas a ver televisión?

- a) Menos de una hora b) Una o dos horas c) Dos a cuatro horas
d) Cuatro o más horas

4.- ¿Estás excedido de peso?

- a) No b) Sí, un par de kilos c) Sí, de tres a diez kilos
d) Sí, más de diez kilos

5.- ¿Cuántas copas de bebidas alcohólicas- cerveza, vino o licor ingieres como promedio a la semana?

- a) Nada b) Unas siete copas c) Ocho a quince
d) Más de quince copas copas

Anexo 4

ESCALA DE PERCEPCION DE RIESGO

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Grupo: _____

Lugar de aplicación: _____ Fecha de aplicación: ____ / ____ / ____

INSTRUCCIONES:

Lee los siguientes casos que describen variaciones en la conducta sexual entre adolescentes. Enseguida de cada caso escribe la categoría a la que pertenecen.

Alto riesgo de embarazo = AR

Se refiere a personas que están indecisas respecto a tener o no relaciones sexuales, que solo a veces o nunca usan anticonceptivos, o bien que usan métodos poco eficaces, como el retiro o el ritmo.

Bajo riesgo de embarazo = BR

Incluye a personas que usan métodos anticonceptivos cada vez que tienen relaciones sexuales.

Sin riesgo de embarazo = SR

Se refiere a individuos que no tienen relaciones sexuales o a personas que practican sólo la homosexualidad.

1.- Daniel piensa tener relaciones sexuales sólo para divertirse y quedar bien con sus amigos, así que no piensa usar anticonceptivos ()

2.- Dora está muy enamorada de Aurelio y para no perderlo cree que debe tener relaciones sexuales con él; él considera que no deben usar anticonceptivos porque sólo lo van a hacer una vez ()

3.- Las relaciones que ha sostenido Pedro no incluyen el acto sexual y no piensa tener relaciones sexuales hasta que no se case. ()

4.- Arturo está más interesado en las actividades de la escuela que en tener una relación íntima con una muchacha. Él nunca ha tenido una relación sexual. No obstante sabe como usar el condón en caso necesario. ()

5.- Una muchacha está empezando a salir con un muchacho que no le gusta lo suficiente como para hacer el amor y no piensa tener relaciones sexuales con él. ()

6.- Lina María ha tenido relaciones sexuales pocas veces. Piensa ya empezar a tomar pastillas anticonceptivas en forma regular. ()

7.- Jorge ha sostenido relaciones sexuales durante los cuatro meses pasados. No ha usado algún anticonceptivo. ()

8.- Raymundo tuvo una relación sexual que resultó en un embarazo no deseado. El niño fue dado en adopción y su novia usa ahora pildoras. ()

9.- Sandra nunca ha tenido relaciones sexuales y piensa que se sentirá culpable si las tuviera, pero está viendo a ver que pasa. ()

10.- Un chico se siente atraído por muchachos de su mismo sexo. No está interesado en tener relaciones sexuales con una mujer. ()

11.- Angela ha tenido relaciones sexuales de vez en cuando durante seis meses sin usar anticonceptivos. ()

12.- A Carmen le gusta muchísimo un muchacho, pero aún no se siente lista para hacer el amor con él. Ha decidido esperar ()

Anexo 5

**SONDEO REALIZADO A LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA SECUNDARIA DIURNA,
<<TEODORO FLORES>>TURNO VESPERTINO.
GRUPO: 2º. A**

1. ¿Es cierto que cuando una mujer aún es muy chica y lo quiere hacer, sí toma, se inyecta, etc. anticonceptivos para prevenirse puede quedar estéril y si es cierto cómo una mujer se puede prevenir para no quedar embarazada?
2. ¿Cómo podemos prevenir el sida?
3. ¿Cuántos tipos de anticonceptivos hay?
4. ¿Qué es el sexo?
5. ¿Cómo podemos protegernos de las enfermedades?
6. ¿Cómo se puede prevenir los embarazos?
7. ¿Cómo podemos obtener más información sobre el sexo?
8. ¿Por qué da Sida y no da Sida y qué es el Sida?
9. ¿Qué es fecundación?
10. ¿Qué es menopausia?
11. ¿Qué es cáncer mamario?
12. ¿Qué problemas puede traer un aborto?
13. ¿Cómo se transmite el Sida?
14. ¿Por qué desde los doce años en adelante se siente el deseo sexual?
15. ¿Por qué menstruan las mujeres?
16. ¿Qué es el condón?
17. ¿Qué es el amor?
18. ¿Qué sienten las mujeres cuando se masturban y hacen el amor?
19. ¿Qué son las drogas?
20. ¿A los cuántos años se empieza a usar las drogas?
21. ¿Cómo pueden saber nuestras madres que vamos a ser niños o niñas?
22. ¿Cómo nos desarrollamos y lo podemos saber?
23. ¿Por qué dejan estériles los cigarros?
24. ¿Cómo se hace el amor?
25. ¿Para que sirve el condón?
26. ¿Por qué se tiene que hacer el amor para tener hijos?
27. ¿Qué es la fecundación?
28. ¿Qué problemas ocasionan las violaciones y que tipo de traumas ocasionan?
29. ¿Es cierto que cuando una muchacha menor de 15 años y lo quiere hacer, sí toma anticonceptivos puede quedar estéril?
30. ¿Sí es cierto con que se puede prevenir?
31. ¿Cuáles son los riesgos de quedar embarazada?
32. ¿Qué precauciones y qué métodos se necesitan antes de tener una relación sexual?
33. ¿Qué provoca un embarazo?
34. ¿Cómo se puede contraer el cáncer?
35. ¿Qué es el Sida?
36. ¿Cómo nace un bebe?

37. ¿Qué es la adolescencia?
38. ¿Qué es menstruación?
39. ¿Qué es el alcoholismo?
40. ¿Cómo se desarrolla un bebe?
41. ¿Porqué estamos en que somos niños, adolescentes o grandes?
42. ¿Es utilizar el viagra?
43. ¿Qué es un orgasmo?
44. ¿Qué métodos anticonceptivos existen?
45. ¿Qué pasa cuando un hombre llega al extasis?
46. ¿A que se debe la masturbación?

**SONDEO REALIZADO A LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA SECUNDARIA DIURNA No. 267
<<TEODORO FLORES>> TURNO VESPERTINO.
GRUPO: 3º. A**

1. ¿Qué es el orgasmo?
2. ¿Si mi novio me pide que tenga relaciones con él, pero yo estoy insegura de él, porque no se como hacerle cuando este con él?
3. ¿Qué enfermedades aparte del Sida existen?
4. ¿Qué consecuencias tiene el aborto?
5. ¿Cuál es la edad adecuada para tener relaciones sexuales y hablar de las infecciones?
6. ¿Cuándo una pareja son novios y el hombre le pide a la mujer que tengan relaciones porqué lo hace y si la mujer dice que no porque su familia le ha dado toda su confianza y el se ofende?
7. ¿Qué es la masturbación?
8. ¿Si ya tuve relaciones con mi novio y sigo teniendo y me voy con él casi todos los días, que consecuencias podría tener?
9. ¿Qué debo hacer para no sentir ganas de hacerlo con mi pareja?
10. ¿Cómo se pueden evitar las enfermedades venéreas y por que son provocadas?
11. ¿Cómo se puede prevenir un embarazo en una mujer si tiene relaciones sexuales con su novio?
12. ¿Qué cantidad de orgasmos se pueden sentir en una relación sexual?
13. ¿Qué es el coito?
14. ¿Qué tipo de condones existen?
15. ¿Qué se debe hacer cuando uno tiene alguna enfermedad como el VIH?
16. ¿Cómo prevenir el embarazo en las mujeres y la infección en los hombres?
17. ¿Cómo evitar las enfermedades que causa la sexualidad?
18. ¿Cómo cuidarse para no embarazarse?
19. ¿Cómo se produce la leche dentro de los pechos?
20. ¿Qué hay dentro de los pechos mamarios?
21. ¿Cómo prevenir el Sida?
22. ¿Cómo prevenimos al tener un hijo en relaciones sexuales?
23. ¿Para que sirve la vasectomía?
24. ¿Qué hay dentro de los pechos mamarios?
25. ¿Cómo se produce la leche dentro de ellos?
26. ¿Qué hay dentro de esas bolitas que se llaman pechos mamarios?
27. ¿Cómo prevenirse contra le Sida?
28. ¿Cómo hacer para prevenirse de las enfermedades sexuales?
29. ¿Cómo puedo hacerle si tengo relaciones y con el chavo que tengo relaciones no le gusta usar el condón, ni alguna prevención, como puedo hacer para no estar embarazada?
30. ¿Qué es la sexualidad?
31. ¿Qué consecuencias tendré si tengo relaciones sexuales con mi novio y el tiene Sida u otra enfermedad?
32. ¿Cómo podemos prevenir el Sida?
33. ¿Cuándo una mujer tiene relaciones con un drogadicto y queda embarazada, su hijo puede salir igual con el que tuvo relaciones?

34. ¿Cómo podemos prevenir los embarazos?
35. ¿A los cuántos días de tu menstruación puedes hacer el amor para quedar embarazada?
36. ¿Cómo se puede controlar para no encargar bebes?
37. ¿Qué es el Sida?
38. ¿Cómo se adquieren las enfermedades venereas?
39. ¿Cómo se utiliza el condón?

**TALLER DE <<SEXUALIDAD HUMANA>>
ESC. SEC. DIURNA No. 267 <<TEODORO FLORES>>
TURNO VESPERTINO.**

OBJETIVO GENERAL:

Presentar a los y las adolescentes un taller orientativo, donde se proporcionen los conocimientos básicos y necesarios de temas relacionados con la sexualidad, generando la reflexión y sensibilización sobre la importancia de su propia salud, en el marco de una visión que involucre los aspectos de riesgo y prevención del ejercicio de su sexualidad.

No.	TEMA	SUBTEMA	OBJETIVO	TECNICA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
1	INTEGRACION GRUPAL	INTRODUCCION	Ubicar al grupo en el contexto del taller. Favorecer la comunicación e integración grupal.	Exposición Canasta de frutas	Presentar los propósitos y lógica del taller. Romper la tensión inicial proporcionando la interacción del grupo.	Pizarrón, gis Sillas	10 min. 40 min.
2	ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA REPRODUCCION HUMANA.	A) EL CUERPO Y SUS CAMBIOS B) DESENSIBILIZACION DE TERMINOS C) ORGANOS SEXUALES MASCULINO Y FEMENINO.	Analizar los cambios físicos, psicológicos y sociales que presenta el y la adolescente. Discutir los diferentes términos que se utilizan para nombrar aspectos de la anatomía, fisiología de los órganos sexuales. Identificar las características anatómicas funcionales de los genitales del cuerpo.	Video "La paloma azul" Lluvia de ideas Jugando con plastilina	Discutir en grupo el contenido de la película Formar subgrupos, donde elaboren una lista de sinónimos que se utilicen para nombrar los órganos sexuales. Formar equipos y pedir que moldeen los órganos sexuales masculinos y femeninos para fomentar la discusión de las figuras.	Video reproductora, T.V. Pizarrón, gis, papel, lapiz Barras de plastilina.	15 min. 20 min. 20 min.
3	ROLES SEXUALES Y GENERO	A) LAS DIFERENCIAS POR GENERO B) ASPECTOS CULTURALES DEL GENERO EN LA SEXUALIDAD.	Facilitar a los y las adolescentes la exploración y análisis de su propio concepto de género. Valorar como afectan los patrones culturales en el ejercicio de la sexualidad y como influyen en las expectativas de vida.	Aprendiendo a identificar el género. Cambiando el género.	Presentar al grupo una serie de láminas e identificar que sexo las realiza comúnmente y porqué. Organizar equipos y explicar que van a representar el rol masculino y femenino; promover la discusión y el análisis.	Láminas que presenten varios oficios. Material para disfrazarse, papel, tijeras.	25 min. 30 min.

**TALLER DE <<SEXUALIDAD HUMANA>>
ESC. SEC. DIURNA No. 267 <<TEODORO FLORES>>
TURNO VESPERTINO.**

No.	TEMA	SUBTEMA	OBJETIVO	TECNICA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
4	MANEJO DEL AFECTO Y COMUNICACIÓN NO VERBAL.	A) YO ELIJO B) LENGUAJE NO VERBAL	Proporcionar la reflexión acerca de los elementos que se usan en la búsqueda del otro en la relación de pareja, el papel del contacto visual y físico en encuentros. Proporcionar la reflexión acerca de cómo interviene el lenguaje no verbal en las respuestas de los adolescentes.	El baile Sociodrama "Tú o yo"	Formar dos círculos (interno y externo), colocarlos de frente a frente, girando los dos círculos, cada vez que la música para, buscar a su pareja. Equipos representaran una situación de pareja en conflicto (entregada en tarjetas), en donde lleguen a una decisión. Comentar	Grabadora. casete musical. Tarjetas con la descripción de la situación.	15 min. 30 min.
5	VALORES	A) VALORES PERSONALES B) VALORES SOCIALES	Explorar los valores personales del adolescente en cuanto a la sexualidad. Conocer la expresión de los valores y el respeto por los valores de los demás (sociales)	Fuego de amor El naufragio	Dividir al grupo en dos equipos y entregar tarjetas previamente elaboradas, donde comentaran sobre el enunciado o la actividad solicitada. Formar cuatro equipos, solicitando a cada equipo que discuta los valores que registrarán su nueva sociedad que vivirá en una isla.	Tarjetas A (Act. Personal) Tarjetas B (Act. Grupal) Hojas Plumones	25 min. 30 min.
6	IDENTIDAD Y AUTOESTIMA.	A) IDENTIDAD B) AUTOESTIMA	Analizar los cambios del adolescente en la formación de su propia identidad. Explicar qué es y como se forma la autoestima	Conociéndome Dulces recuerdos	Solicitar a cada adolescente que escriba en una hoja tres cualidades y defectos Solicitar a los y las adolescentes a identificar eventos significativos y positivos durante su vida. Compartir las experiencias.	Hojas y lapices Cartulina y lapices	20 min. 35 min.

**TALLER DE <<SEXUALIDAD HUMANA>>
ESC. SEC. DIURNA No. 267 <<TEODORO FLORES>>
TURNO VESPERTINO.**

No.	TEMA	SUBTEMA	OBJETIVO	TECNICA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
		C) AUTO PERCEPCION DE LA AUTOESTIMA	Simbolizar la percepción que el adolescente tiene de sí mismo y fomentar el interés para mejorar la propia y la de los demás.	Todos valemos	Fomentar el espacio para reflexionar acerca de sí mismos para que cada adolescente se represente de manera positiva a través de un símbolo con las barras de plastilina. Después de manera voluntaria e individual comentar sus sentimientos.	Barras de plastilina	25 min.
7	EL EMBARAZO Y SUS CONSECUENCIAS	A) FACTORES QUE PROPICIAN UN EMBARAZO NO PLANEADO B) MAS VALE PREVENIR QUE BAUTIZAR	Identificar las conductas y actitudes asociadas con la sexualidad responsable en los y las adolescentes. Detectar los factores y situaciones que rodean a la adolescente en el inicio de la vida sexual, permeado por presiones mitos y contradicciones del medio familiar, escolar y social.	Identificando riesgos Video: "El último tren"	Evaluar en qué grupo se ubica el/la adolescente en función de su potencialidad para encontrarse en una situación de embarazo. Formar equipos y discutir en grupo el contenido de la película	Formato identificando riesgos, pizzas, gises Video reproductora, T.V.	30 min. 25 min.
			Analizar la situación del adolescente que se enfrenta al conflicto de haber embarcado a su novia y las consecuencias a las que se enfrentan (físicas, psicológicas y sociales)	Video: "Con las manos en los bolsillos"	Organizar subgrupos para investigar qué conductas de riesgo incidieron en los personajes y las repercusiones que tienen.	Video reproductora, T.V.	23 min.

**TALLER DE <<SEXUALIDAD HUMANA>>
ESC. SEC. DIURNA No. 267 <<TEODORO FLORES>>
TURNO VESPERTINO.**

Nº.	TEMA	SUBTEMA	OBJETIVO	TECNICA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
		C) OPCIONES PARA PREVENIR UN EMBARAZO DESEADO.	Fomentar la verbalización de posibles opciones para evitar un embarazo no deseado.	Philips 66	Estructurar equipos de 5 personas para que propongan las alternativas que consideran para evitar un embarazo en la adolescencia	Hojas, lapices	25 min.
8	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES SEXUALMENTE (ETS)	A) IMPORTANCIA DE LA INFORMACION SOBRE LAS ENFERMEDADES DE TRANS. SEXUAL. B) SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS ETS C) MEDIDAS DE HIGIENE Y PREVENCIÓN	Analizar cómo las conductas sociales pueden repercutir en la salud sexual. Explicar la importancia de tener información de las enfermedades de transmisión sexual. Detectar los principales síntomas de las enfermedades transmisibles más comunes. Explicar la importancia de las medidas de higiene y las alternativas para evitar las ETS.	Compartiendo Exposición Adivinanzas ¿Es verdad que...	Formar 5 grupos, asignar a cada uno un color, sin decirles el código. Indicandoles que caminen por todo el salón e intercambien sus colores. Posteriormente informar el código de cada color y el objetivo del ejercicio. Presentar qué conductas de riesgo intervienen para adquirir una ETS. Dividir al grupo en dos equipos, leer en voz alta un enunciado en relación a alguna ETS. Estructurar equipos de 5 personas para que comenten que medidas de higiene y la manera de prevenir éstas.	Tarjetas de colores, cinta adhesiva, plumones, hojas Proyector de acetatos, carteles Hoja de enunciados, pizarra, gises. Hojas, lapices.	30 min. 25 min. 25 min. 20 min.

**TALLER DE <<SEXUALIDAD HUMANA>>
ESC. SEC. DIURNA No. 267 <<TEODORO FLORES>>
TURNO VESPERTINO.**

No.	TEMA	SUBTEMA	OBJETIVO	TECNICA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
9	LA ANTICONCEPCION	A) TRASCENDENCIA DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS B) VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE CADA METODO ANTICONCEPTIVO.	Identificar y explicar los diferentes métodos anticonceptivos y su uso. Seleccionar el método anticonceptivo más adecuado a una situación específica.	La botella Eligiendo un método anticonceptivo para nosotros	Aclarar dudas sobre los diferentes anticonceptivos. Formar cuatro equipos, a cada uno entregar algunas historias de adolescentes que necesitan un método anticonceptivo, los cuales discutirán para seleccionar el que consideren más adecuado.	Botella 4 historias a examinar.	30 min. 30 min.
10	ALTERNATIVAS PARA EJERCER LA SEXUALIDAD	A) FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA B) DESMITIFICAR LAS ALTERNATIVAS EN EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD	Proporcionar información científica y objetiva acerca de los factores biológicos, psicológicos y sociales de la respuesta sexual humana. Analizar las alternativas que tienen para ejercer su sexualidad con responsabilidad.	Exposición El simposio	Presentar a los y las adolescentes cada uno de los procesos de cambio que tienen y como intervienen en su conducta sexual. Organizar cuatro equipos y cada uno de ellos desarrollará un tema (abstinencia, relaciones premaritales, masturbación, prostitución) en forma de ponencia. Las cuales se discutirán y analizarán.	Carteles, pizarrón, gises. Hojas de rotafolio, mesa grande, jarra, vasos, hojas, cartulina, plumones, mantel	30 min. 60 min.

**TALLER DE <<SEXUALIDAD HUMANA>>
 ESC. SEC. DIURNA No. 267 <<TEODORO FLORES>>
 TURNO VESPERTINO.**

Nº.	TEMA	SUBTEMA	OBJETIVO	TECNICA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
11	CIERRE DEL TALLER		Evaluación del contenido del taller con una historia de vida (ver anexo 7), favoreciendo la actitud positiva hacia el reconocimiento del propio cuerpo y el ejercicio de conductas preventivas que favorezcan la responsabilidad de la salud sexual.	Andrea y Julio	Presentación en carteles una historia de vida sobre el caso de dos adolescentes que se enfrentan a las consecuencias de un embarazo no deseado. Los adolescentes discutirán el caso y contestarán un cuestionario.	Cartel Cuestionario	60 min.

CLAUSURA

Al finalizar el taller se entregó a cada adolescente un reconocimiento por su activa participación.

Anexo 7

HISTORIA DE VIDA “ANDREA Y JULIO”

Se conocieron al ingresar a la secundaria y de inmediato se inició entre ellos una agradable amistad. Julio era un chico de 16 años, estudiante de tercer año de secundaria, es el tercero de cinco hermanos, su padres se dedican al comercio los cuales están muy interesados en que siga estudiando para un futuro mejor; es muy popular entre las muchachas y constantemente cambia de novia. Le gustaba asistir a las tocadas los fines de semana, practicaba futbol en el que destacaba como delantero, solía escuchar música de rock y a veces escuchaba la ¡QUE MALA! o ¡HARTA RADIO! , por las noches se reunía con sus amigos. En sus ratos libres ayudaba a sus papas en el negocio.

Andrea tenía 15 años, era estudiante de segundo año de secundaria, es la mayor de cuatro hermanos, sus mamá se dedicaba al hogar y su papá trabaja en un fábrica de Calorex. A ella le gusta arreglarse el cabello con mechones teñidos que cambia cada día según la ropa, compra rimeles de colores, no compra ningún otro polvo que no sea “Angelita Face” pues quiere lucir como un verdadero ángel, además le gusta vestir a la moda con pantalones a la cadera, playeras de licra, zapatos y tenis de plataforma, en la escuela no es la más cumplida, pero eso si sus cuadernos están forrados con recortes de los artistas y modelos que aparecen en las revistas, que adquiriera cada mes. En sus ratos libres se fascina con las telenovelas o películas de TELENVICIA y TVZECA, le encantan las historias de “la cenicienta” en la que una muchacha joven, ingenua se enamore de ella y cambie su vida, ¿Será que Andrea sueña que algún día le ocurra lo mismo?.

Después de tres meses de amistad Andrea acepta a Julio como novio, él decidió que cambiaría su conducta y sería más responsable, para cuidar su noviazgo y lograr su propósito de ser ingeniero industrial.

Andrea estaba feliz y se prometió a sí misma que cuidaría su relación con Julio, pues era el amor de su vida y esto no le impediría continuar con sus estudios y graduarse continuar con sus estudios y graduarse como Contador Público.

Un año después, Andrea informo a Julio que estaba embarazada y sintieron que el mundo se les derrumbaba sobre ellos. Julio pensó que para lograr sus metas lo mejor era alejarse de Andrea y ella no volvió a saber nada de él.

Andrea tuvo que abandonar la escuela y buscar un trabajo para cubrir los gastos del parto y las necesidades de su bebé, ya que su familia estaba disgustada con ella, además, no tenían los suficientes recursos económicos para apoyarla.

Anexo 8

**EVALUACION DE HISTORIA DE VIDA
"ANDREA Y JULIO"**

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Grupo: _____

Lugar de aplicación: _____ Fecha de aplicación: ____ / ____ / ____

1.- ¿Qué crees que pensó Julio cuando se entero que su novia estaba embarazada?

2.- ¿Qué sintió Andrea cuando se entero que estaba embarazada y cuando su novio la dejó?

3.- ¿Qué pensara Andrea de Julio cuando su hijo sea grande?

4.- ¿Cuándo su hijo crezca, que pensará de Julio y Andrea?

5.- ¿Cuándo los años pasen, que pensará Julio de Andrea y de su hijo?

6.- ¿Qué harías tú si fueras Julio?

7.- ¿Qué harías tú si fueras Andrea?

8.- ¿En que forma un bebe cambiaría tu vida familiar, tus estudios y relaciones con los demás?

9.- ¿Cómo impedir que esto suceda?
