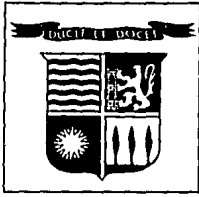


319525
2eje.



UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
1985 - 1990

**"DISEÑO DE UN PAQUETE DIDACTICO A TRAVES
DE LA EVALUACION CUALITATIVA DE UN MODELO
EDUCATIVO PARA MADRES ADOLESCENTES"**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

**PRESENTA:
LETICIA VELASCO MONROY**

ASESOR DE TESIS:
ANABEL PAGASA ARROYO

MEXICO, D.F.

1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**A MIS PADRES
A MIS HERMANOS
A DONNA, NICKI Y NATASHA
A LAS MADRES ADOLESCENTES**

AGRADECIMIENTOS

DRA. ANAMELI MONROY	CONSEJERA TECNICO CIENTIFICA PARA EL PROGRAMA GLOBAL DE SALUD DE LA ADOLESCENCIA DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) Y PRESIDENTA DEL CENTRO DE ORIENTACION PARA ADOLESCENTES, CORA
DR. MARCOS VELASCO	DIRECTOR DEL CENTRO DE ORIENTACION PARA ADOLESCENTES, CORA
DR. GERMAN TOVAR SANCHEZ	DIRECTOR DEL HOSPITAL DE LA MUJER DE LA SSA
PERSONAL DEL PREA	CENTRO DE ORIENTACION PARA ADOLESCENTES, CORA
PERSONAL DEL PREA	HOSPITAL DE LA MUJER DE LA SSA
DR. RICARDO VERNON	AGENCIA POPULATION COUNCIL
DR. CARLOS SERRANO	ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)
LIC. BEATRIZ MANSUR	AGENCIA COMMUNITEC
DR. JAVIER ROMERO AGUIRRE	UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL
LIC. MARISELA RODRIGUEZ	UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL
LIC. GUADALUPE GARCIA	UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL
DR. JOSE LUIS DOUGLAS	UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

**EL DESARROLLO E IMPRESION DEL PAQUETE
DIDACTICO FUE POSIBLE GRACIAS A:**

C.P. EDUARDO MONTAÑO REZA

**DIRECTOR GENERAL DEL
SISTEMA NACIONAL PARA EL
DESARROLLO INTEGRAL DE LA
FAMILIA, DIF**

MR. THOMAS MERRICK

WORLD BANK

DR. RICARDO VERNON

POPULATION COUNCIL

**SRA. ELIZABETH HOFFMAN DE
BORREGO**

VOLUNTARIADO DEL IMSS

LIC. LETICIA SOTO

VOLUNTARIADO DEL IMSS

LIC. ARIEL CONTRERAS

**SECRETARIA DE DESARROLLO
SOCIAL, SEDESOL**

INICIATIVA PRIVADA

(AUN POR DETERMINAR)

INDICE

	RESUMEN	(1)
I.	INTRODUCCION	(2)
II.	JUSTIFICACION	(4)
III.	ANTECEDENTES	(7)
	3.1 CENTRO DE ORIENTACION PARA ADOLESCENTES, CORA	
	3.2 PROGRAMA EDUCATIVO PARA MADRES ADOLESCENTES, PRAE	
	A. RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES	
	B. OBJETIVOS	
	C. DESCRIPCION	
	D. EVALUACION	
	E. RESULTADOS DE LA EVALUACION	
	F. INSTITUCIONALIZACION	
	G. EXTENSION DEL PROGRAMA	
	3.3 MODELO DE PREVENCION SECUNDARIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	
IV.	MARCO TEORICO	(18)
	4.1 LA SALUD DE LOS JOVENES	
	A. LOS JOVENES DE HOY	
	B. LOS JOVENES Y UN DESARROLLO SALUDABLE	
	C. LOS PROBLEMAS DE SALUD Y EL COMPORTAMIENTO DE LOS JOVENES	
	4.2 EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN AMERICA LATINA	
	A. EFECTOS SOBRE LA SALUD DE LA MADRE ADOLESCENTE JOVEN Y DE SUS HIJOS	
	B. CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES	
	C. CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE	
	4.3 RECURSOS PARA ENFRENTAR LOS PROBLEMAS DE SALUD ADOLESCENTE	

- 4.4 PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN AMERICA LATINA
- 4.5 REDES DE APOYO A LA SALUD REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE
 - A. ESTRATEGIAS DE PROMOCION Y PREVENCION PRIMARIA Y SECUNDARIA
 - B. SUBMODELOS DE PROMOCION DE LA SALUD
 - C. DESCRIPCION DE LOS SUBMODELOS
 - D. INTEGRACION DE LOS SUBMODELOS
 - E. INSTITUCIONALIZACION DE LOS SUBMODELOS
 - F. REDES LOCALES DE APOYO A LA SALUD REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE
 - G. RED INTERINSTITUCIONAL DE APOYO A LA SALUD REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE, RIASA

V. METODOLOGIA (59)

- 5.1 INTRODUCCION
- 5.2 OBJETIVOS DEL PROYECTO
- 5.3 PROBLEMAS
- 5.4 VARIABLES
- 5.5 POBLACION
- 5.6 MUESTRA
- 5.7 DISEÑO DE INVESTIGACION
- 5.8 TIPO DE INVESTIGACION
- 5.9 NIVEL DE INVESTIGACION
- 5.10 INSTRUMENTOS
- 5.11 PROCEDIMIENTO
 - A. ENTREVISTAS PROFUNDAS A MADRES ADOLESCENTES QUE CONCLUYERON EL PREA-NATAL
 - B. GRUPOS FOCALES A ADOLESCENTES QUE CONCLUYERON EL PREA-POSTNATAL
 - C. GRUPOS FOCALES INVOLUCRANDO AL PERSONAL DEL PREA-CORA Y PREA-HOSPITAL
- 5.12 ANALISIS DE DATOS

- VI. RESULTADOS (72)
- VII. DISCUSIONES (91)
- VIII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO (105)
- IX. CONCLUSIONES (106)
- X. RECOMENDACIONES (113)
- XI. BIBLIOGRAFIA (114)
- XII. ANEXOS (126)

RESUMEN

Este trabajo tuvo como propósito el realizar una evaluación cualitativa de los contenidos temáticos, técnicas y materiales didácticos del componente natal y postnatal del "Programa Educativo para Madres Adolescentes, PREA", utilizando como técnicas de recolección de datos, sesiones de grupo focal y entrevistas profundas a madres adolescentes y educadoras que participan en el PREA.

El estudio reflejó obstáculos que afectan la efectividad del programa en 4 áreas:

1. Comprensión de las pláticas
2. Diseño y contenido de los materiales educativos
3. Continuidad de las madres adolescentes en el programa
4. Capacitación del prestador de servicios

A partir de estos resultados se modificó la estructura interna del PREA: Contenidos temáticos, técnicas y materiales educativos, tiempos, secuencias e incentivos.

Una vez modificado el PREA se diseñó un paquete didáctico que reúne las siguientes características:

1. Educativo para la población adolescente.
2. Práctico en su uso.
3. Motivante para la madre adolescente y el educador.
4. Autodidáctico.

INTRODUCCION

El embarazo precoz conlleva consecuencias bio-psico-sociales en la madre, su bebé, el padre del bebé, los familiares y la sociedad (Monroy A., Velasco L., 1987) y éstas pueden ser prevenidas y/o modificadas a través de programas educativos eficaces que promuevan la salud reproductiva en los niveles de prevención primaria o secundaria con la finalidad de ahorrar esfuerzos (tiempo y recursos económicos).

El Centro de Orientación para Adolescentes, CORA, A.C., fundado en 1978, ha desarrollado diversas estrategias de prevención primordial (promoción de la salud), primaria y secundaria de la salud reproductiva de los adolescentes. A partir de 1993, CORA ha extraído los mejores elementos de estas estrategias para consolidar 4 submodelos de apoyo a la salud reproductiva del adolescente (Velasco L., Monroy A., Velasco M., 1992):

1. Submodelo: Satélites móviles SOS-Juveniles
2. Submodelo: Plataformas de Salud de Referencia de Jóvenes
3. Submodelo: Programa Educativo para Madres Adolescentes
4. Submodelo: Clubes y Círculos de Madres Adolescentes.

Los primeros dos submodelos conforman el Modelo de Prevención Primaria del Embarazo en Adolescentes y los 2 restantes conforman el Modelo de Prevención Secundaria del Embarazo en Adolescentes. Estos modelos están en estrecha relación ya que el primero refiere al segundo y viceversa. Al unir estos dos modelos se crea un servicio integral de promoción y prevención (primaria y secundaria) en la salud reproductiva para el o la adolescente y su familia en los diferentes períodos de la salud reproductiva: Antenatal, prenatal, natal y postnatal (Velasco L., Monroy A., Velasco M., 1992).

Los submodelos han sido evaluados por medio de técnicas cuantitativas, análisis de sistemas y costo efectividad. Debido a que han demostrado ser costo efectivos, diferentes instituciones gubernamentales han adoptado e institucionalizado aquellos submodelos que requieren según su infraestructura (Velasco L., 1994).

Las institucionalizaciones de los submodelos en diferentes organizaciones está permitiendo, por primera vez en México, crear una **Red Institucional de Apoyo a La Salud Reproductiva del Adolescente** en donde diferentes instituciones están apoyando y adoptando modelos efectivos para la promoción y la prevención de la salud reproductiva en adolescentes (Monroy A., 1994).

Para ampliar la cobertura de adolescentes atendidos utilizando infraestructuras ya existentes CORA requirió evaluar los contenidos, técnicas y materiales educativos para desarrollar paquetes didácticos para cada submodelo con técnicas y materiales de autoenseñanza que permitan la institucionalización de los submodelos en las organizaciones que lo requieran con un mínimo de capacitación (Velasco L., 1994).

Este trabajo tiene como objetivo realizar una evaluación cualitativa de los contenidos temáticos, técnicas y materiales didácticos del componente postnatal del **"Programa Educativo para Madres Adolescentes, PREA"** utilizando como técnicas de recolección de datos sesiones de grupos focales y entrevistas profundas a madres adolescentes y educadoras (personal capacitado con el modelo) que participan en el **PREA-NATAL** y **PREA-POSTNATAL**, con el fin de desarrollar un paquete didáctico con contenidos temáticos, dinámicas, juegos y materiales adecuados para motivar la participación y educación de la madre adolescente, su pareja (si es que la tiene) y su familia. Tanto el contenido como los materiales didácticos deben ser comprensibles, accesibles, claros, sencillos y que permitan que la madre adolescente se autoidentifique con ellos. Este paquete didáctico también deberá ser práctico, fácilmente transportable y durable para que motive a las educadoras del **PREA** a usarlo y que permita la autoenseñanza, para facilitarles la adopción del submodelo con un mínimo de capacitación por parte de **CORA**.

JUSTIFICACION

Las actividades educativas aisladas que no contienen un orden didáctico, una metodología adecuada al nivel socio-cultural de las madres adolescentes que asisten a los hospitales y la utilización de materiales didácticos de modo indiscriminados no han resultado efectivas para prevenir embarazos subsecuentes entre las madres adolescentes, por lo que se hace necesario definir un modelo costo-efectivo que comprenda espacios, contenidos, técnicas y materiales educativos específicos, así como la referencia del hospital a instituciones sociales que colaboren en la inserción de estas madres y sus parejas a la vida productiva (Monroy A., 1992).

La evaluación operativa del programa PREA permitió reorganizar los servicios, reducir: personal, tiempo inactivo, actividades innecesarias y, por lo tanto, incrementar el costo-efectividad del programa. Asimismo, los estudios cuantitativos demostraron que las adolescentes que participan en el programa aumentan sus conocimientos y, hasta cierto punto, refuerzan su autoestima y su habilidad para tomar decisiones (CORA-POPULATON COUNCIL, 1992).

Con esto se logró consolidar un programa costo-efectivo que permitió su institucionalización en el Hospital de la Mujer de la SSA y su replicación en el: Hospital General de Ticomán, Hospital General de la SSA y Hospital Cuauhtepc de los Servicios Médicos del Departamento del DF.

Sin embargo, se han presentado una serie de problemas que obstaculizan que el programa PREA se defina como un modelo (Velasco L., 1994):

1. Existe información insuficiente en lo referente a los niveles de aceptación/rechazo, motivación, utilidad, comprensión e identificación de las madres adolescentes y los prestadores de servicio (educadoras del PREA) en relación a los contenidos temáticos, materiales y técnicas educativas.
2. La replicación del programa a los hospitales ha necesitado de una capacitación prolongada teórica y práctica ya que implica:

- Motivar al personal del hospital para que se identifique con el programa.
- Que conozcan las necesidades bio-psico-sociales de los adolescentes, en especial, de madres adolescentes.
- Que conozcan el sistema, es decir, todos los componentes del programa: sus fases, actividades, tiempos, servicios, incentivos, referencias, insumos.
- Que manejen los contenidos temáticos, técnicas afectivo-participativas y uso de los materiales.
- Que desarrollen la habilidad de traducir los contenidos a un lenguaje sencillo que sea comprensible para las adolescentes.
- Que desarrollen su propio material educativo ya que CORA cuenta con el material original del PREA que utiliza para la capacitación.

Si CORA pretende extender el programa a diferentes hospitales de la Ciudad de México, se corre el riesgo de que el programa pierda su costo-efectividad por las siguientes razones (Velasco L., 1994):

1. La prolongada capacitación aumenta el costo tanto para CORA (ya que necesita una infraestructura mayor) como para el hospital (ya que ocupa tiempo y personal para la misma).
2. La elaboración del hospital de sus propios materiales aumenta el costo de los mismos además de que se corre el riesgo de que el material sufra modificaciones en estilo y contenido.
3. Si se disminuye el tiempo de capacitación puede provocar que ésta sea insuficiente y por lo tanto el programa puede volverse difuso y pierda su efectividad.

Por lo tanto, se ha visto que para que el programa PREA se pueda definir como un modelo educativo que se extienda fácilmente a los hospitales con un mínimo de capacitación es necesario que cuente con un paquete didáctico que reúna las siguientes características:

1. Que tenga contenidos temáticos, técnicas y materiales educativos y motivacionales evaluados para que sean atractivos, útiles, comprensibles, aceptables, motivantes y que permitan la identificación de las madres adolescentes con los mismos.

2. Que incluya las características anteriores para que el educador del PREA se identifique con el programa y cuyo diseño permita que sean fáciles de manejar, resistentes y durables.

3. Que contenga manuales que permitan la autoenseñanza de todos los componentes del programa:
 - El sistema o la estrategia
 - Contenidos temáticos y técnicas educativas.
 - Uso de materiales didácticos.
 - Contenidos educativos con el mensaje decodificado al lenguaje de la madre adolescente.

El diseño del paquete didáctico que reúna todas estas características permitirá que el mismo se convierta en la **estructura operativa** del programa PREA lo cual le permitirá a CORA ofrecer el PREA como un modelo educativo, costo-efectivo y de fácil implementación.

ANTECEDENTES

3.1 CENTRO DE ORIENTACION PARA ADOLESCENTES

En Marzo de 1978 se fundó CORA con el propósito de crear una experiencia piloto que brindara a los adolescentes de México educación en salud sexual y reproductiva dentro de un contexto de servicios de salud integral. CORA ofrece un programa no lucrativo de carácter preventivo, comunitario, multidisciplinario y de trabajo "joven a joven" (Monroy A., 1992).

CORA ofrece sus servicios a jóvenes de ambos sexos de 10 a 24 años de edad y también a los padres y profesionales de la salud y la educación en el ámbito de las escuelas, áreas urbanas, suburbanas y rurales. CORA promueve un espacio para los adolescentes dentro de las instituciones de la salud (Monroy A, 1992).

Durante estos 15 años CORA ha desarrollado diversas estrategias para el trabajo con adolescentes de promoción de la salud mediante estilos de vida sanos y de prevención tanto a nivel primaria como secundaria. El Programa Educativo para Madres Adolescentes, PREA es una de las estrategias de prevención secundaria del embarazo en adolescentes el cual se lleva a cabo en los hospitales y cuyo propósito es reducir la cantidad y frecuencia de los embarazos no deseados ni planeados en madres adolescentes y apoyar el desarrollo bio-psico-social de la adolescente como madre, mujer y pareja (Monroy A, 1992).

3.2 PROGRAMA EDUCATIVO PARA MADRES ADOLESCENTES, PREA

Una de las unidades hospitalarias del Sector Salud en la Ciudad de México que cada día confronta con el problema del embarazo en adolescentes el Hospital de la Mujer. Por ejemplo, en 1990, el hospital atendió a 13,358 partos de los cuales el 11% fueron mujeres menores de 18 años. De éstas, el 85% recibieron atención médica para su primer embarazo, el 14% para el segundo y 1% para el tercero. Estas muchachas provienen de diferentes partes de la República Mexicana principalmente del Estado de México y comunidades peri-urbanas marginales (Registros del Hospital de la Mujer, 1990).

Los datos anteriores llamaron la atención y la preocupación del **Hospital de la Mujer**. Con el fin de contribuir a la reducción de los problemas, la dirección del hospital solicitó, en 1988, el apoyo del **CORA** para diseñar un programa educativo dirigido especialmente a madres adolescentes menores de 18 años. Para que el programa respondiera a las necesidades reales y sentidas de las madres adolescentes, **CORA** realizó una serie de investigaciones diagnóstico de las cuales las tres más importantes fueron:

Nombre de la Investigación	Fecha	N
* Perfil de la adolescente embarazada menor de 18 años	1989	293
* Determinantes de la alimentación y la utilización de la atención prenatal en las adolescentes embarazadas	1990	300
* Diseño experimental para evaluar la Intervención del PREA	1990	300

A. RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES:

Los resultados más sobresalientes de estos estudios son los siguientes:

En relación a las **características** de las adolescentes, su nivel escolar es bajo. El 54% de ellas han estudiado como grado máximo primaria. Sólomente el 16% terminó la secundaria (Chávez N, Velasco L., Monroy A., 1989).

El 35% se dedicaba antes de su embarazo al hogar y el resto a estudiar o trabajar. De las que trabajan, la mayoría son empleadas domésticas o comerciantes (Chávez N., Velasco L., Monroy A., 1989).

En relación a sus **parejas**, la mayoría tienen entre 15 y 24 años de edad. Sólomente el 27% ha terminado la secundaria. En cuanto a su ocupación, sólo 30% tienen un trabajo (Chávez N., Velasco L., Monroy A., 1989) .

Estos datos nos dan un panorama de la situación escolar y ocupacional la cual refleja un nivel socioeconómico medio y bajo, lo que trae consigo más problemas al enfrentar la situación del embarazo .

Con respecto a la relación de la adolescente con el padre de su hijo, la mitad contestó que vivía en unión libre; sólo el 22% están casadas. También se presentan embarazos por un encuentro ocasional (2.5%) y violación (1.1%) (Chávez N., Velasco L., Monroy A., 1989).

En lo que se refiere a antecedentes familiares, se obtuvo que los padres también tienen un nivel de escolaridad bajo. Esto se demuestra al observar que el 70% de las mamás y el 31% de los papás no saben leer y escribir (Chávez N., Velasco L., Monroy A., 1990).

En cuanto a las reacciones ante la noticia del embarazo, la mayoría de las adolescentes se sintieron felices; el resto (30%) se sintieron tristes, sorprendidas, ambivalentes y asustadas. En cuanto a las parejas, la mayoría también se sintieron felices (Chávez N., Velasco L., Monroy A., 1990).

Las reacciones de los padres de la muchacha ante la noticia del embarazo fueron las siguientes: el 32% de las madres se sintieron felices, el 25% se sintieron enojadas pero terminaron aceptando el embarazo; el resto se mostraron ambivalentes o indiferentes. Cabe notar que el 9% de las mamás no saben del embarazo. En relación a los papás, el 29% se sintieron felices, el resto ambivalentes o enojados. El porcentaje de padres que no saben del embarazo de sus hijas es mayor que el de las mamás (20.6%). Como era de esperarse los papás reaccionan de una manera más negativa ante el embarazo de sus hijas que las mamás (Chávez N., Velasco L., Monroy A., 1989).

En términos de autoestima de las chicas, se observa que, aunque el 65% de ellas son optimistas en términos de su vida, sólo el 42% se auto-valoran positivamente. Lo más sobresaliente es que el 72% se sienten rechazadas por la sociedad (Lundgren R., Valadéz G., Chávez N., Monroy A., 1990).

En cuanto a la planeación del embarazo, el 71% de las adolescentes manifestaron que deseaban el embarazo pero sólomente el 39% lo habían planeado (Chávez N., Velasco L., Monroy A., 1989).

Al preguntarles sobre sus expectativas de apoyo económico, la mayoría piensan que su pareja las va a sostener, el 16% piensan trabajar y la minoría piensan recibir apoyo de sus familiares. De las que no piensan recibir apoyo del padre de su bebé, las razones fueron (Chávez N., Velasco L., Monroy A., 1989):

- Su pareja se fue con otra
- No tienen relación con el padre de su bebé
- Se negó a ayudarla

Un embarazo prematuro o no deseado limita las aspiraciones tanto escolares como de ocupación. Lo anterior se confirma al analizar los planes que tienen las adolescentes. Del 23% que estaban estudiando sólo el 15 % piensan regresar a la escuela (Lundgren R., Valadéz G., Chávez N., Monroy A., 1990).

En cuanto a sus planes de vida, la mitad de las adolescentes desearían estudiar y/o trabajar y la otra mitad planean dedicarse al hogar (Chávez N., Velasco L., Monroy A., 1990).

En relación a la alimentación de su hijo, la gran mayoría piensan amamantarlo, manifestando que la leche materna es mejor para su bebé. Sin embargo, varias tienen dudas acerca de su capacidad para hacerlo, de la duración de la lactancia y forma de hacerlo (Chávez N., Velasco L., Monroy A., 1990).

Al analizar el uso de métodos anticonceptivos, sólomente el 12% han usado uno antes del embarazo. De ellas, la mayoría utilizaron pastillas y otras usaron dispositivo, inyecciones o métodos locales. Las razones de no uso de métodos son (Lundgren R., Valadéz G., Chávez N., Monroy A., 1990):

- Falta de conocimiento
- Poca efectividad
- Desconocen la manera de usarlos
- Deseaban el embarazo
- No sabían que podían quedar embarazadas

El riesgo del embarazo en adolescentes se observa en los resultados encontrados: es notable el alto porcentaje de cesáreas (32%), de partos prematuros (15%) y de toxemias (5%) (Chávez N., Velasco L., Monroy A., 1990).

En lo que se refiere a la atención médica durante el embarazo, los resultados demuestran que un 84% de las adolescentes recibieron atención médica. La definición de atención médica excluye parteras u otras fuentes no profesionales. Del total de las muchachas que recibieron atención médica, la mitad recibió cuidados durante su primer trimestre, el 30% durante su segundo y un 20% durante su tercer trimestre. Las razones más comunes por las cuales no recibieron atención médica durante el primer trimestre fueron (Lundgren R., Valadéz G., Chávez N., Monroy A., 1990):

- Se sentía sana
- No sabía que estaba embarazada
- Por falta de dinero
- No sabía que tenía que acudir al médico

Por otro lado, se observa que las adolescentes visitan varias fuentes de atención. La atención que reciben durante su embarazo no es constante, muchas veces tienen sólo una visita con cada proveedor y no tienen la oportunidad de establecer una relación de confianza con el médico (Lundgren R., Valadéz G., Chávez N., Monroy A., 1990).

Asimismo, se detectó que si utilizan las **fuentes de salud tradicionales** tales como las parteras o comadronas, hierberas y espiritistas; éstas no desplazan los servicios del médico. La función de la partera más importante es "acomodar al niño", lo que significa sobar a la chica para dejar al bebé en una buena posición. Las jóvenes informaron que la partera las revisa, les recetan vitaminas y les dan consejos tales como: hacer más ejercicio, alimentarse bien (Lundgren R., Valadéz G., Chávez N., Monroy A., 1990).

En cuanto a la **opinión sobre la atención médica**, las muchachas se dividen entre las que tienen confianza y las que tienen miedo. La mitad de las jóvenes identifican a los médicos con inyecciones, dolor y tratamientos bruscos; por estos motivos prefieren a las parteras ya que éstas las visitan en su casa y son generalmente conocidas (Lundgren R., Valadéz G., Chávez N., Monroy A., 1990).

Dentro de los **cuidados que una mujer embarazada debe tener**, es interesante ver que las chicas opinan que se debe acudir al médico regularmente para revisiones. En lo que se refiere a los consejos que ellas darían a una adolescente embarazada, ellas sugieren que deben de ir al médico y seguir sus consejos (Lundgren R., Valadéz G., Chávez N., Monroy A., 1990).

Es importante entender qué es lo que **esperan y necesitan de la atención médica** con el fin de que los trabajadores de salud brinden un servicio lo más adecuado posible. Lo más importante para ellas es el trato que reciben del personal. Si todas las mujeres esperan respeto y amabilidad de sus proveedores de salud, es aún más importante a madres jóvenes quienes muchas veces se sienten avergonzadas y rechazadas.

Otra de las cosas que interesa a las adolescentes es una atención rápida y económica. También mencionan que necesitan consejos e información del médico (Lundgren R., Valadéz G., Chávez N., Monroy A., 1990).

Por otro lado, la mayoría de la **información que tienen las adolescentes** no proviene de una fuente profesional, sino de mujeres con experiencia como son las madres y las suegras (Chávez N., Velasco L., Monroy A., 1989).

Conclusiones:

Los resultados obtenidos de las investigaciones nos sugieren que (Velasco, L., 1992):

1. Es recomendable que las diversas instituciones de salud tengan **espacios para las adolescentes** que proporcionen un ambiente para el mejor acercamiento de ellas y su familia, que combatan el temor y promuevan una mejor comunicación.
2. El programa debe de reforzar la **educación sexual y reproductiva** a las adolescentes a fin de que sean más responsables en el manejo de su sexualidad y para que tengan la información necesaria para reconocer su embarazo y la importancia de la revisión durante el mismo.
3. El programa debe reforzar la idea del uso de **métodos anticonceptivos** para posponer un siguiente embarazo.
4. El programa debe proveer acciones de apoyo a las madres adolescentes para **ayudarlas a enfrentar su embarazo, parto y crianza del niño; fortaleciendo su autoestima y toma de decisiones** para que en un futuro logren concretar sus planes, así como reforzar la importancia del binomio madre - hijo y posponer un siguiente embarazo.
5. El programa debe fortalecer el desarrollo de la **adolescente como madre, mujer y pareja** (en caso que la tenga), ampliando sus expectativas de vida.

A partir de estos estudios se diseñó el Programa Educativo para **Madres Adolescentes PREA**.

B. OBJETIVOS DEL PREA (Estrategia PREA, 1988):

Objetivo a largo plazo:

- * **Reducir la cantidad y frecuencia de embarazos en mujeres adolescentes para ayudar a mejorar la calidad de vida de ellas y de sus hijos.**

Objetivos a corto plazo:

- * **Aumentar el conocimiento sobre planificación familiar entre los adolescentes que ingresan al hospital.**
- * **Contribuir en el fortalecimiento de la personalidad, especialmente, en las áreas de toma de decisiones, autestima asertividad, comunicación y planes de vida.**
- * **Aumentar el conocimiento sobre aspectos de salud sexual y reproductiva, cuidados prenatales, postnatales y salud infantil.**
- * **Aumentar las expectativas educativas y/o laborales de las madres adolescentes.**
- * **Evaluación y seguimiento del programa.**

C. DESCRIPCION DEL PROGRAMA PREA:

Este programa se divide en tres componentes:

- **PREA-PRENATAL**
- **PREA-NATAL**
- **PREA-POSTNATAL**

El componente **PREA-PRENATAL** se creó con el fin de reducir el alto riesgo del embarazo en adolescentes mediante un programa educativo, de atención médica y de apoyo emocional prenatal y natal (Manual de Contenidos **PREA-PRENATAL**, 1993).

Consta de 5 pláticas las cuales se diseñaron para ser independientes una de otra. En estas pláticas se ven temas como: información general del embarazo, signos de alarma y urgencia, desarrollo del bebé, cuidados prenatales incluyendo prevención de accidentes y nutrición de la futura madre, retos emocionales, metodología anticonceptiva, preparación para la lactancia, momentos posteriores al parto, paternidad y maternidad responsable, etc. Este componente es de suma importancia porque es en este momento que el personal del hospital tiene su primer contacto con la adolescente, por lo que debe de motivarlas para continuar en el **PREA-POSTNATAL**. Este componente maneja técnicas afectivo-participativas con grupos de adolescentes embarazadas, sus parejas (si es que tienen) y sus familiares (Manual de Contenidos **PREA-PRENATAL**, 1993).

El componente **PREA-NATAL** se divide en dos fases: Fase de **CAPTACION** y de **INFORMACION** (**Manual de Contenidos PREA-NATAL, 1993**). Ambas se lleva a cabo durante las 24 horas que la adolescente está en el hospital antes de que se le de alta en la cual se invita a las madres adolescentes (que hayan o no asistido al componente **PREA-PRENATAL**) a participar en el programa. En esta fase se les da una breve información sobre lactancia y metodología anticonceptiva. Asimismo, se realizan pláticas con los familiares y la pareja (en caso que la tenga) en donde se les explica en qué consiste el programa y se les invita a participar (Ver contenidos temáticos, técnicas y materiales educativos: Anexo 1).

El componente **PREA-POSTNATAL** se centra en los siguientes aspectos (**Manual de Contenidos PREA-POSTNATAL, 1993**):

- **La relación de la adolescente con su bebé:** Aquí se les orienta respecto a los cuidados generales que deben de tener con su bebé (incluye temas como vacunas, lactancia, estimulación temprana y ablactación). Nos interesa que la chica asuma su rol como madre.
- **La relación de la adolescente con ella misma:** Aquí se le enseña temas como sexualidad, métodos anticonceptivos, toma de decisiones, planes de vida, autoestima, etc. Nos interesa que la chica asuma su rol como mujer.
- **La relación de la adolescente con su pareja y familia:** Aquí se plantea diversas estrategias de comunicación. También se manejan diversas formas en que la pareja o la familia pueden apoyar a la adolescente. Nos interesa que la chica asuma su rol como pareja (en caso que tenga) y que su pareja asuma el rol de padre y que su familia apoye.

El programa también ofrece **planificación familiar**, así como, **atención psicológica** en casos, principalmente, de aborto, muerte del producto o violación (Ver contenidos temáticos, técnicas y materiales educativos **PREA-POSTNATAL: Anexos 2, 3, 4, 5**).

El programa **PREA-NATAL** y **PREA-POSTNATAL** cuenta con un juego de materiales educativos elaborados por el personal de **CORA** que trabajó durante 4 años en el programa **PREA** dentro del Hospital de la Mujer (Ver Anexos 2,3,4,5).

D. EVALUACION DEL PROGRAMA PREA:

Después de 4 años del funcionamiento del PREA en el Hospital de la Mujer, se procedió a evaluar, con la asesoría técnica de la **Agencia Population Council**, las fases informativa y educativa (postnatales) del programa con el fin de transferir un modelo costo-efectivo que pudiera ser fácilmente adoptado por dicho hospital. (CORA-POPULATION COUNCIL, 1992)

Objetivos de la evaluación (CORA-POPULATION COUNCIL, 1992)

Objetivo general:

Modificar la estrategia de prestación de servicios y aumentar el costo-efectividad del programa PREA para transferirlo al Hospital de la Mujer y extenderlo a otros hospitales.

Objetivos específicos:

- 1. Mejorar el curriculum educativo y los materiales didácticos utilizados en la fase 1 y 2 del programa.**
- 2. Incrementar el número de madres adolescentes que participen y terminen el conjunto de actividades del programa.**
- 3. Calcular los costos de los servicios en todos los niveles de intervención.**
- 4. Desarrollar e implementar un plan para facilitar la adopción del modelo PREA a diferentes hospitales.**

Para este estudio se evaluó el proceso y el impacto inmediato del programa utilizando técnicas cuantitativas (pre y post-evaluación). Asimismo, se hizo un análisis de sistemas del programa para obtener: los componentes que integran el programa y personas responsables, duración de actividades y costo-efectividad (CORA-POPULATION COUNCIL, 1992).

E. RESULTADOS DE LA EVALUACION (CORA-POPULATION COUNCIL, 1992):

El estudio de análisis de sistemas (Velasco L., 1992), del PREA permitió reorganizar los servicios; reducir personal, tiempo inactivo y actividades innecesarias y, por lo tanto, incrementó el costo-efectividad del programa.

Por otro lado, los resultados de la evaluación cuantitativa (Chávez N., 1992) demostraron que las adolescentes que participan en el programa aumentan sus conocimientos en aspectos de salud sexual y reproductiva, en cuidados del recién nacido y, hasta cierto punto, refuerzan su autoestima y su habilidad para tomar decisiones.

F. INSTITUCIONALIZACION DEL PROGRAMA PREA (Schenkel P., Chávez N., Velasco L., 1992):

Una vez evaluado el programa se procedió a transferirlo al Hospital de la Mujer. Este procedimiento requirió de tres pasos:

1. **Análisis de sistemas del hospital:** El objetivo de este estudio fue desarrollar una estrategia costo-efectiva para incorporar el programa en las actividades del hospital; evitando duplicar esfuerzos o interrumpir actividades.
2. **Presentación de la propuesta a los directivos del hospital:** Una vez discutida y aceptada esta propuesta, el hospital seleccionó al personal (áreas de enfermería y trabajo social) para ser capacitadas sobre el programa.
3. **Capacitación del personal en aspectos teóricos y prácticos del programa,** incluyendo un trabajo de sensibilización del personal hacia la importancia del programa. Seguimiento del programa una vez establecido.

El 19 de febrero de 1992, se institucionaliza oficialmente el programa PREA en el Hospital de la Mujer. CORA le entrega al director una placa numerada reconociendo al Hospital como el primero en adoptar el programa PREA y diplomas numerados al personal capacitado.

G. EXTENSION DEL MODELO PREA A OTRAS INSTITUCIONES

Debido a que cada institución tiene un funcionamiento y una infraestructura diferente, CORA diseñó una estrategia (Estrategia CORA-SSA, 1993) para facilitar la replicación del modelo PREA a otras instituciones que consiste en tres fases:

1. F. de Planeación.
2. F. de Capacitación
3. F. de Asesoría y Evaluación. Esta incluye: capacitación en servicio; seguimiento y evaluación del programa; y el establecimiento de un sistema referencial para los Círculos o Clubes de Madres Adolescentes

Actualmente el submodelo PREA ha sido institucionalizado en 3 hospitales de la SSA y en un hospital de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (Monroy A., 1994).

3.3. MODELO DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y SUS SUBMODELOS: PREA Y CLUBES Y CIRCULOS DE MADRES ADOLESCENTES (CMA)

A partir de 1993, PREA se convierte en un submodelo del Modelo de Prevención secundaria del Embarazo en Adolescentes (M-PSEA).

El M-PSEA consta de otro submodelo que son los CLUBES Y CIRCULOS DE MADRES ADOLESCENTES, (CMA) que se llevan a cabo en Centros de Desarrollo Comunitario en DIF (Estrategia CORA-DIF, 1992) y en los Centros de Bienestar Familiar del IMSS (Estrategia CORA-IMSS, 1993) y son la continuación lógica del PREA ya que las madres adolescentes pasan a los CMA a continuar su educación, capacitación, planificación familiar, a la bolsa de trabajo y cuando lo solicitan pueden hacer uso de la guardería, de las despensas alimenticias, lavandería, regaderas, peluquería y/o actividades recreativas, culturales y deportivas.

Las referencias del PREA a la CMA y viceversa se aseguran a través del apoyo de: Directores y Trabajadoras Sociales de Hospitales y de los Directivos de alto mando, Centros de Desarrollo Comunitario (DIF) y de Bienestar Familiar (IMSS) y por promotoras (madres adolescentes) que acompañan a las madres adolescentes de un submodelo al otro (Monroy A, 1994).

4.1 LA SALUD DE LOS JOVENES

Lo que distingue a los seres humanos de otras especies es el largo período que necesitan para alcanzar la madurez. Esto les hace más vulnerables en las primeras etapas de la vida pero, a la vez, ofrece oportunidades inigualables para el desarrollo, siempre y cuando se les proteja y nutra adecuadamente a fin de permitirles sobrevivir y crecer. Los seres humanos pueden prosperar en las condiciones más diversas: en climas cálidos o fríos, húmedos o secos, en ambientes escasamente poblados o superpoblados, en tierras del altiplano o en tierras bajas. Ninguna otra especie ha prosperado jamás tan notablemente en una variedad tan amplia de hábitats o conseguido dominar tanto su destino. Pero la forma en que se ejerce ese dominio depende de cómo se prepara la especie para la vida. La adolescencia y la juventud son esa época de preparación, años de exploración y de horizontes cada vez más amplios, años en que los jóvenes avanzan y responden a los retos del futuro (Portillo J., Martínez J., Banfi M L., 1992).

El desarrollo saludable, solo es un componente de la salud de la juventud. La salud de los jóvenes empieza con una niñez bien nutrida y protegida, relativamente libre de infecciones y enfermedades graves. Entre los antecedentes del desarrollo saludable de la juventud están el crecimiento y desarrollo saludables en los primeros años de la infancia y la niñez, proceso que es facilitado por un ambiente físico, emocional y social que ofrezca seguridad y apoyo. El comportamiento de los jóvenes es la clave para su propia salud actual, su salud posterior en la vida adulta y la salud de sus futuros hijos. Aunque sus problemas de salud adoptan muchas formas en diferentes culturas, las bases fundamentales de estos problemas son a menudo comunes (OMS, 1987).

A grandes rasgos, la juventud es un período de transición de la niñez a la vida adulta, marcado por cambios interdependientes en el cuerpo, en la mente y en las relaciones sociales. Desde un punto de partida simple, la función y el comportamiento se hacen más complejos. El cuerpo se desarrolla en tamaño y en capacidad su reproductiva y se hace más definido sexualmente; aumenta la capacidad de la mente de pensar en abstracto, de prever y de ejercer control interno, y adquiere una mayor conciencia del ambiente; y la estrecha relación con los padres y los miembros de la familia de más edad, así como la dependencia respecto a ellos, empieza a ceder a relaciones más intensas con compañeros y adultos fuera de la familia a medida que se hace frente a nuevos retos y se asumen nuevas responsabilidades (Bianculli C., 1985).

Estas capacidades nuevas son la materia prima del desarrollo. Si bien la sucesión de los cambios tiende a ser la misma para todos, su comienzo, su duración y las manifestaciones varían según los sexos, las culturas y los individuos. Pero los cambios adquiridos en la adolescencia y la juventud no implica que estos se vayan a desarrollar saludablemente. Eso depende de otros factores, entre ellos el ambiente del hogar, la comunidad, la escuela, el trabajo y el tiempo libre. Estos elementos pueden proporcionar oportunidades para un desarrollo social, emocional, intelectual, físico, sexual y moral saludable y para acumular confianza y capacidad de respuesta ante la adversidad; o pueden estar caracterizados por falta de oportunidades de educación, adiestramiento, trabajo, relaciones familiares firmes y afectuosas; y por el uso de sustancias nocivas como el tabaco, el alcohol y otras drogas, o por la presencia de condiciones peligrosas en la carretera, en el lugar de trabajo, etc. (Serrano C., 1990).

En muchas sociedades, las condiciones en que viven los jóvenes han cambiado radicalmente de las que conocieron sus padres debido a los medios masivos de comunicación, la migración, la urbanización, una disminución de la familia extensa y cambios en el nivel de vida. Esto hace que las tareas de los jóvenes y de los responsables de su desarrollo sean más difíciles, ya que ahora se enfrentan no sólo con los problemas de su transición personal a la vida adulta sino también con los cambios en el mundo que les rodea (Friedman H., Edstrom K., 1983).

El propio ambiente no puede más que proporcionar oportunidades para un desarrollo saludable. También es necesario que los jóvenes experimenten con nuevas formas de comportamiento. La necesidad y el deseo de comportarse de forma diferente van a menudo acompañados de riesgos, de ansiedad acerca del éxito y de incertidumbre acerca del porvenir, así como de excitación intensa y de creatividad. Para que estas nuevas formas de comportamiento y sentimientos conduzcan a un aumento de autoestima y a una mayor madurez depende no sólo del éxito del adolescente en lograr desarrollarse sino también de la manera en que adultos y compañeros reaccionan ante el adolescente. Un ambiente acogedor y estable que promueva paulatinamente mayor independencia y fije límites apropiados producirá un aumento en la autoestima del adolescente y conducirá a una mejor salud en la escuela, trabajo, en las actividades recreativas, en el deporte y en las nuevas relaciones. La combinación de inestabilidad en la familia con excesivas presiones negativas del ambiente tiene mayor probabilidad de conducir a comportamientos nocivos para la salud como el uso y abuso del tabaco, el alcohol y otras drogas, una alimentación deficiente y malos hábitos de higiene oral; relaciones sexuales irresponsables que conducen a embarazos no deseados y a enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH/SIDA; riesgos excesivos (a menudo vinculados con el consumo de alcohol) en la carretera, el trabajo, el hogar y las actividades de tiempo libre; a violencia intencionada contra sí mismo o contra otros, y a perturbaciones mentales (OMS, 1986).

Los problemas de salud de la adolescencia y la juventud tienden a ser diferentes de los problemas de personas menores, que son más vulnerables a la enfermedad. Los sistemas de atención de la salud rara vez están concebidos para tratar específicamente a los jóvenes, que ya no se sienten cómodos en las unidades de atención infantil pero que tampoco están muy preparados para las unidades de tratamiento de adultos. En asuntos socialmente delicados, en particular con relación al comportamiento sexual y el uso del alcohol u otras sustancias peligrosas, es menos probable que busquen atención y más probable que lleguen tarde, cuando llegan. Una de las razones principales para este comportamiento es su creencia de que el personal de salud no se mostrará solidario con sus necesidades, lo que a menudo puede ser cierto. La participación de los jóvenes en la atención de su propia salud aumenta sus probabilidades de éxito. Se necesita mayor comprensión de las necesidades de los jóvenes por el personal de salud como un cambio en la actitud de los jóvenes hacia los servicios de salud (Perdomo R., 1991).

La adolescencia y la juventud, como dice el doctor Friedman, "son períodos decisivos de la vida en los que, paradójicamente, un desarrollo saludable depende tanto del apoyo de los adultos como de su voluntad de renunciar al control a fin de permitir la maduración del joven". Las nuevas direcciones que siguen los jóvenes dependen de factores múltiples, pero parece haber un conjunto de formas de comportamientos beneficiosos o perjudiciales que empiezan en la adolescencia y continúan progresivamente en la edad adulta. La inquietud y la comprensión que los jóvenes muestran por su propia salud y su contribución a la salud para todos son afectadas significativamente por el ambiente humano y material en el que ocurre su desarrollo y por la respuesta de todos los sectores a sus necesidades de salud. Esta respuesta necesita coordinarse en todos los niveles y puede requerir cambios en la planificación intersectorial, el adiestramiento y la ejecución de programas para hacer un uso óptimo de los recursos actuales. Lograr y mantener la salud de los jóvenes es tarea de todos, en particular de los propios jóvenes. Los beneficios que pueden obtenerse son grandes, no sólo para los jóvenes en este período de transición de la vida sino también para el futuro de todas las sociedades, a las cuales los jóvenes habrán de servir como gran recurso para la salud de todos (Friedman H., 1983).

A. LOS JOVENES DE HOY

La adolescencia ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (1990) como el período de edad comprendido entre los 10 y los 19 años, y la juventud como el comprendido entre los 15 y los 24 años. Si bien las definiciones cronológicas son estadísticamente convenientes, en realidad existe una gran variación en la sincronización y la duración, aunque no en la secuencia de los cambios biológicos, sociales y psicológicos que caracterizan este período de transición, que en la mayoría de las culturas se considera empieza con la pubertad (Portillo J., Martínez, J., Banfi, M.L., 1991).

Físicamente, el tamaño y la forma del cuerpo cambian notablemente y se acentúa las diferencias entre los hombres y las mujeres. La pubertad es un período en que se establece la capacidad reproductiva; las hormonas sexuales secretadas no sólo producen cambios físicos internos y externos en el cuerpo sino que además guardan relación con los cambios en el comportamiento sexual y emocional. Sin embargo, los cambios producidos en este período varían ampliamente de un individuo a otro. Esto es, a menudo, fuente de ansiedad en adolescentes que son altamente sensibles a las diferencias entre ellos y sus compañeros, especialmente en la apariencia (Bianculli, C., 1985).

Psicosocialmente hay también cambios acentuados durante este período. La tarea principal de la adolescencia es adquirir un sentido de identidad, lo que significa en cierto grado, apartarse de los miembros mayores de la familia, establecer relaciones más intensas con los compañeros y tomar las principales decisiones de la vida. Durante la adolescencia hay una transición gradual de participación con grupos del mismo sexo a grupos mixtos y, por último, puede tener lugar la formación de pareja con el sexo opuesto. Como maduran antes, las muchachas pueden experimentar interés romántico antes que los muchachos; esto a veces conduce a la actividad sexual, dependiendo en gran medida del contexto cultural. En las sociedades tradicionales la maduración anterior de las niñas ha sido reconocida por un matrimonio temprano. Sin embargo, la edad media del matrimonio ha ido en general en aumento, mientras que la edad de la pubertad en ambos sexos parece estar disminuyendo. Hay ahora un período más largo durante el que puede ocurrir el contacto sexual prematrimonial y una mayor probabilidad de que esto suceda (Monroy A., 1988).

El conflicto con los padres conocido en las sociedades occidentales como la "brecha entre las generaciones", parece ser más imaginario que real. Es mucho más común encontrar a los jóvenes y a sus padres compartiendo los mismos valores fundamentales. Las diferencias suelen ocurrir en relación con temas más insignificantes, tales como la forma de vestir y el gusto por determinada música (Mead, M., 1970).

Durante este período, el pensamiento del joven pasa de lo concreto a lo abstracto y el lenguaje se utiliza cada vez más para manipular ideas. Con el pensamiento pueden orientarse hacia el futuro. A medida que aumenta la independencia, se consideran otras posibles vías de acción y sus consecuencias. La forma en que el joven emplea esta nueva capacidad cognoscitiva está vinculada a las emociones fuertes que surgen durante esta época de la vida y que las condiciones de la vida sean tales que se recompensen esas manifestaciones del desarrollo (Cuminsky M., 1986).

Este es un período de gran creatividad y energía, de experiencias nuevas, de nuevas ideas y aptitudes. Para lograr un desarrollo saludable, el joven necesita expandirse en formas que no sean destructivas. La mayoría de los jóvenes del mundo responden con éxito a ese reto (Monroy A., 1988).

La estabilidad es importante para los jóvenes. La migración de una ciudad a otra y de un país a otro ha aumentado y los migrantes jóvenes, a menudo, encuentran nuevos modelos culturales y, con frecuencia, un ambiente hostil. A este nuevo ambiente quizás tengan que hacer frente sin apoyo de los padres, lo que puede conducir a un aumento de sus problemas mentales y de conducta. Quizás el mayor cambio ha sido el aumento de migraciones del campo a la ciudad, en particular en países en vías de desarrollo. Mientras que en 1975 una persona de cada 4 vivía en las ciudades, se espera que esta proporción sea de dos personas de cada cinco en el año 2000, lo que representa un aumento de 60%. En los países desarrollados, ya altamente urbanizados, la proporción de dos de cada tres personas con residencia urbana en 1975 saumentará a 3 de cada 4 en el año 2000. Un número desproporcionado de los migrantes de la ciudad son jóvenes: cerca de una cuarta parte entre las edades de 15 y 24 años, con un número más grande de hombres que de mujeres. Esto no es sorprendente, ya que el motivo principal para emigrar es buscar educación o empleo. Los niños y los jóvenes en conjunto representan más de 70% de la migración total del campo a la ciudad en los países menos desarrollados. Este cambio de lo que es a menudo una sociedad rural tradicional y relativamente estable a conglomerados urbanos que a menudo carecen de infraestructura para apoyo familiar o atención de la salud es una de las barreras principales que se interponen al desarrollo saludable de los jóvenes hoy en día (OMS, 1986).

B. LOS JOVENES Y UN DESARROLLO SALUDABLE

Excepto en circunstancias de privación extrema, el cuerpo, la mente y las relaciones de los jóvenes cambian durante este período, pero no necesariamente de manera saludable. La OMS ha definido la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". El contexto sociocultural en el que se produce el desarrollo del adolescente ejerce una influencia profunda en la salud individual (Santi L., 1991). Algunas de las condiciones que afectan al desarrollo se describen a continuación:

• La Familia

La unidad fundamental de todas las sociedades es la familia. La familia es generalmente la fuente principal para satisfacer las necesidades básicas de la vida y la salud: amor y ternura, alimentos adecuados, agua limpia, un lugar y tiempo para el descanso, ropa y saneamiento, en la medida que lo permitan las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales. Pero la familia adopta muchas formas. En las sociedades tradicionales rurales es generalmente la familia extensa y ésta incluye varias generaciones, además de primos, tíos y tías. Esta estructura proporciona gran apoyo material y moral a los jóvenes así como una variedad de modelos que preparan el cambio para la vida adulta. Junto con ello, hay un grado relativamente alto de control. En las sociedades industrializadas, la familia se ha reducido gradualmente hasta convertirse en la familia nuclear, que consta exclusivamente de los padres y sus hijos; esta se caracteriza por menos control de los progenitores pero, en condiciones óptimas, proporciona guía moral, educativa y profesional; en ella, los jóvenes tienen la libertad de elegir los amigos, la educación, el trabajo y un cónyuge en las sociedades en las que tales elecciones son posibles. En tiempos modernos, sin embargo, la estabilidad de la familia se ha visto seriamente amenazada. La tasa de divorcio ha aumentado de forma pronunciada en casi todas partes, el número de familias con sólo uno de los padres ha aumentado extraordinariamente, y gran número de jóvenes han abandonado a sus familias prematuramente y emigrado a las ciudades. Incluso donde los jóvenes permanecen con sus familias de origen, debido a los cambios radicales acaecidos en las condiciones sociales, muchos padres se sienten incapaces de ayudar a sus hijos a prepararse para experiencias que ellos nunca han tenido (Sluski C., 1984).

• Educación

La educación en debida forma es de suma importancia para el desarrollo de todos los jóvenes. Es en la escuela donde se promueve y practican la lectura, la escritura, la aritmética y la capacidad de pensar y donde se adquieren conocimientos. La escuela también introduce a menudo a los jóvenes al deporte y proporciona las condiciones necesarias para un ejercicio saludable y supervisado. Las escuelas y los maestros también restauran la estabilidad de los jóvenes que se han desarraigado de su cultura o cuyas familias son inestables. Son una fuente importante de educación y guía en relación con temas específicos de salud y, a veces, proporcionan exámenes selectivos y servicios de salud. En los países en desarrollo ha habido un aumento notable en la asistencia escolar entre jóvenes. Según las políticas y los recursos del país, la escolaridad para los jóvenes puede ser obligatoria, disponible o accesible. Pero aún en los países en los que la educación es asequible, muchos jóvenes no pueden asistir a la escuela por razones económicas o por un matrimonio demasiado temprano, y otros no asisten por dificultades psicosociales o morales (OPS, 1985).

- Empleo

Quizás la condición por sí sola más importante para el desarrollo saludable de los jóvenes que salen de la escuela sea el empleo. A medida que un mayor número de jóvenes asisten a la escuela, aumentan las expectativas que los otros sectores tal vez no pueden satisfacer. Si bien es evidente que los jóvenes efectúan una contribución importante a las economías de sus países, con demasiada frecuencia están sujetos a una carga desproporcionada de desempleo, que a veces conduce al estrés psicológico. El empleo es a menudo un indicador importante de la adquisición de las funciones y responsabilidades de los adultos, y las primeras experiencias son cruciales para desarrollar el hábito del trabajo. En muchos países industrializados, se cita a menudo el desempleo como un factor contribuyente importante al consumo de las drogas y el abuso del alcohol. Entre los jóvenes, los que tienen menos formación, los refugiados y los miembros de las minorías étnicas están a menudo en situación mucho peor que la de sus compañeros (OPS, 1986).

Muchos adolescentes comienzan su vida de trabajo a una edad temprana y no pueden asistir a la escuela, o trabajan y estudian al mismo tiempo, se fatigan en exceso y tienen un número de accidentes laborales más elevado que los trabajadores de mayor edad. Si bien la actividad económica es rara entre los adolescentes menores de 15 años en los países industrializados, las estimaciones indican que hay en el mundo alrededor de 80 millones de trabajadores jóvenes entre las edades de 10 y 14 años, principalmente en los países en desarrollo. Se desconoce la verdadera amplitud de esta situación puesto que tal empleo es a menudo clandestino y deficientemente remunerado, y muchos países no poseen datos al respecto (OMS, 1986).

- Desarrollo Espiritual

Todos los jóvenes necesitan oportunidades para ampliar sus horizontes espirituales y desarrollar sus sistemas de valores. En la mayoría de las sociedades, las religiones con creencias institucionalizadas y códigos éticos y morales proporcionan una base apropiada, pero los jóvenes pueden aventurarse yendo más allá de las convenciones de sus sociedades en su busca de comprensión. La juventud es un período de la vida en el que emergen a menudo la independencia moral y una actitud de cuestionamiento; por ello, el crecer con un sistema estable de valores proporciona la seguridad esencial que permite madurar moralmente (OMS, 1990).

- Organizaciones Comunitarias

Para el desarrollo saludable de los jóvenes se requiere que estos tengan oportunidades para dar expresión a sus nuevas energías físicas, mentales, sociales y morales. Las asociaciones juveniles y comunitarias ofrecen esta oportunidad y ayudan a los jóvenes a explorar el nuevo territorio y pensar en otros, proporcionan orientación para reducir al mínimo los riesgos que conllevan las nuevas experiencias y utilizan sus energías de forma constructiva. A menudo, forman un vínculo importante entre el sector salud, la familia y la escuela (Conselo E., Zamora R., 1991).

- Políticas y legislación

Las políticas y la legislación pueden tener grandes repercusiones en las condiciones para alcanzar un desarrollo saludable. Sin embargo, rara vez se trata de crear políticas coherentes para la salud que consideren los muchos sectores diferentes que la afectan. Si bien son numerosas las leyes existentes prácticamente en todos los países que afectan a las vidas de los jóvenes, por ejemplo, la edad mínima para el matrimonio, el consumo de alcohol, la compra de cigarrillos, el permiso de conducir, la edad para el servicio militar, las condiciones para obtener anticonceptivos, la terminación del embarazo, o la edad mínima para abandonar la escuela, rara vez se coordinan teniendo presente la salud de los jóvenes y, a menudo, constituyen una fuente de conflicto entre el joven y las autoridades. El vigor de los servicios de salud y la cantidad de atención apropiada que pueden prestar a los jóvenes dependen en gran medida de las prioridades nacionales tal como se expresan por medio de las políticas y la legislación (Demarchi M., 1991).

- Servicios de Salud

El desarrollo saludable presupone disponibilidad y acceso a la atención de la salud en los niveles primario, secundario y terciario. Esto se encuentra no sólo en el sector salud sino también en otros sectores pertinentes tales como la educación, el trabajo, la cultura, el deporte y la religión. Los servicios de salud han de coordinarse a través de todos estos sectores y ha de remitirse a los jóvenes a estos servicios de forma apropiada y oportuna. Los servicios deben reforzarse por promover la salud proporcionando información sustancial directamente a los jóvenes con quienes están en contacto e, indirectamente, a otras personas que interactúan con los jóvenes. Deben identificar oportunamente

a los que corren riesgos de comprometer su salud, proporcionar atención y tratamiento eficaz de lesiones y enfermedades, vigilar a los enfermos crónicos y rehabilitar a los que están en recuperación. En la mayoría de los países del mundo, los servicios de salud no tienen los recursos necesarios para alcanzar estos objetivos y, además, a menudo no son sensibles a las necesidades especiales de los adolescentes y los jóvenes, que son considerados hasta cierto punto saludables. Si bien los jóvenes están hasta cierto punto libres de enfermedad, tienen otros problemas de salud que a menudo emanan de sus comportamientos en ambientes llenos de riesgos. Los jóvenes tienen también sensibilidades específicas que requieren de los trabajadores de salud un adiestramiento especial a fin de utilizar mejor los servicios que hay a su disposición

C. LOS PROBLEMAS DE SALUD Y EL COMPORTAMIENTO DE LOS JOVENES

La guerra, el desempleo, y la fuerte competencia por la instrucción y la formación imponen un alto costo a los jóvenes, que suelen tener plena conciencia de los principales problemas sociales, pero que con menos frecuencia piensan en los temas concretos de salud o en las consecuencias de su comportamiento para la salud. Entre los jóvenes ha habido un aumento general del consumo de sustancias nocivas como el tabaco, el alcohol y otras drogas, a las cuales se ven expuestos no sólo a causa de los medios masivos de comunicación, sino también, por el ejemplo de los adultos y el acceso relativamente fácil a esas sustancias. También se han producido cambios en el comportamiento sexual, especialmente antes del matrimonio, que han dado por resultado un aumento de embarazos no deseados y de las enfermedades de transmisión sexual, en particular la infección por el VIH (Knobel, M., 1987).

Gran parte del comportamiento de los jóvenes durante la adolescencia y la juventud no sólo afecta su salud inmediata, como ocurre debido al mayor riesgo de accidentes y lesiones a causa del alcohol o las drogas, sino que también puede ejercer efectos devastadores sobre su salud en años posteriores. Afecciones como la obesidad, las enfermedades de las encías y la pérdida de los dientes, la hipertensión, la diabetes, la esterilidad, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer del pulmón y otros cánceres, y la cirrosis pueden tener su origen en patrones de conducta establecidos durante los años de la adolescencia. Los patrones de conducta que adopten los jóvenes servirán de modelos para sus hijos, perpetuando así la mala salud (OMS, 1989).

4.2. EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN AMERICA LATINA

El embarazo a cualquier edad es un proceso psicosocial de gran importancia, especialmente para la mujer adolescente, que va con frecuencia acompañado de una serie de condiciones adversas. Se puede clasificar el embarazo y la crianza en la adolescencia en embarazo deseado y no deseado; sin embargo, en los dos casos, el embarazo produce efectos negativos sobre la madre, el hijo y el padre, especialmente si es también adolescente, así como sobre las respectivas familias (Monroy, 1992).

"El embarazo en la adolescente soltera daña su salud, particularmente si es menor de 17 años y limita sus oportunidades de educación, trabajo, matrimonio y su futuro. En muchos casos, corre el riesgo de ser rechazada por sus padres y su grupo social. Cabe notar, que muchas de esas mujeres además de ser muy jóvenes, son muy pobres para encargarse de la crianza de los hijos. Ante esa situación, muchas mujeres jóvenes recurren al aborto, que en la mayor parte de los países de América Latina está prohibido; por consiguiente, los abortos son practicados de manera ilegal, en condiciones muy desfavorables, que comprometen gravemente la salud y la vida de la mujer. En esos países existe, por tanto, un subregistro importante en el número de abortos" (Monroy, 1992).

A. EFECTOS SOBRE LA SALUD DE LA MADRE JOVEN Y DE SUS HIJOS

El embarazo en la adolescente, aún planificado, es más peligroso mientras menos edad tiene la madre. Es decir, las jóvenes de 17 años corren un riesgo mayor de complicaciones obstétricas y están más expuestas a morir durante el embarazo y el parto que las mujeres de 20 años o más (Naeye, R.L., 1981). Los riesgos son mayores en las adolescentes pobres y generalmente desnutridas que rara vez acuden a los servicios de atención prenatal (cuando esos servicios están disponibles y son accesibles) (Ngoka, W.M. y Mati, J.K.G., 1980). Entre las complicaciones que amenazan la vida de la adolescente durante el embarazo y el parto se encuentran: la preeclampsia, (la toxemia), la eclampsia, la anemia por deficiencia de hierro y la desproporción cefalopélvica (Elster, A.B., 1984).

Aunque la atención prenatal puede reducir la mortalidad materna muchos países en desarrollo no disponen de ese tipo de atención (Coddington, R., 1979). Además, los estudios indican que las mujeres jóvenes acuden con menos frecuencia a los servicios de salud que las mujeres de más edad; generalmente buscan atención sólo durante etapas avanzadas del embarazo, probablemente porque se sienten avergonzadas de estar embarazadas o simplemente no saben que lo están (Monroy, 1992).

Los efectos del embarazo adolescente amenazan la salud del hijo, ya que esos niños tienen más probabilidades de tener bajo peso al nacimiento y, en consecuencia, más probabilidades de morir que los hijos de madres de 20 años o más (Monroy A., Velasco L., 1988).

Diferentes comportamientos como el uso de cigarrros, el consumo de alcohol, la dieta deficiente, los malos hábitos alimenticios y la falta de recursos son factores más preponderantes en las mujeres menores de 20 años (Monroy A., Velasco L., 1988).

Los riesgos para los hijos de madres muy jóvenes persisten durante varios años. Los Datos de la Encuesta Mundial de La Fecundidad provenientes de 40 países en desarrollo, indican que las tasas de mortalidad entre los niños de 1 y 2 años son más altas entre los hijos de madres adolescentes que entre los de madres de 20 a 29 años; en 13 de 40 países, las tasas fueron de 20%, por lo menos, más altas (Rutstein, S.O., 1984). El síndrome de muerte súbita y otros tipos de daños a la salud son frecuentes entre los hijos de madres muy jóvenes (Kraus, J.F. y Borhani, N.O., 1972). Los niños de bajo peso al nacimiento exhiben retraso en sus patrones de crecimiento, que persisten hasta los siete años de edad aproximadamente (Ross, S., 1979).

B. CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES

Jadgeo ha señalado, que "debido al embarazo en edades tempranas las adolescentes terminan pagando un alto precio en su vida futura por los errores que cometen cuando son niñas" (Jadgeo, 1983, 1981). Card recalca, que el embarazo y la maternidad son retos para el desarrollo personal de la mujer y se suman al reto que representa la adolescencia misma (Card, J.J., 1981). Monroy, y otros autores, han subrayado que la adolescencia es una etapa del desarrollo que conlleva profundos cambios físicos, junto con conflictos psicosociales y conflictos asociados con la redefinición de la persona. Desafortunadamente, esos conflictos rara vez se toman en cuenta en los programas dirigidos a la atención de la madre adolescente, que sólo se orientan a atender los aspectos médicos, ignorando las relaciones humanas en sus aspectos de comunicación, apoyo y orientación (Monroy, A., 1992).

En comparación con las madres que tienen hijos después de los 20 años, las adolescentes que son madres antes de los 17 años de edad tienen más probabilidades de: alcanzar sólo niveles bajos de educación; de no trabajar; desempeñar trabajo mal remunerado y en consecuencia, no disponer de ingresos suficientes y separarse o divorciarse (Tribani P. Jagdeo, 1984).

Las consecuencias sociales varían dependiendo de si la adolescente es casada, soltera y el grupo social a que pertenece, cuya reacción varía desde el rechazo hasta el respeto; la educación, las oportunidades de trabajo, las expectativas futuras y el grado de dependencia (Monroy, 1992).

Los padres adolescentes sufren también efectos psicológicos, en su educación y en su situación económica, cuyas consecuencias psicosociales se extienden hasta los hijos, ya que el desarrollo cognoscitivo, la actuación en la escuela y la interacción de esos niños son más limitadas que las de los hijos de madres de más edad, especialmente cuando provienen de hogares de escasos recursos económicos, donde el padre está ausente (Card J.J. y Wise L.L., 1981). Los datos indican, que las madres muy jóvenes no supervisan a sus hijos con tanta frecuencia como las madres de mayor edad y, por tanto, los hijos sufren más accidentes y crean más problemas (Taylor B., Wadsworth J. y Butler N.R., 1983). Se ha observado que las hijas de madres adolescentes tienden también a convertirse en madres adolescentes, perpetuándose de esta manera el ciclo de pobreza (Baldwin, W. y Cain W.S., 1980). La mayor parte de las madres que tienen su primer hijo a una edad temprana, tienden a vivir solas con los hijos por un período prolongado, frecuentemente sin ayuda de personas adultas, situación que se traduce en alteraciones emocionales en los niños (Card J.J., 1981).

La familia de la adolescente embarazada sufre efectos económicos y psicosociales, y la familia del padre adolescente experimenta cambios en la dinámica familiar y en la situación económica cuando tienen que encarar problemas económicos (Osofsky, J.D. y Osofsky, J.II, 1978).

Cuando la adolescente se casa y el matrimonio perdura, tiene generalmente un número mayor de hijos que la mujer que demora el embarazo hasta después de los 20 años (Morris L. 1988).

El embarazo no deseado y sus efectos probables llevan a muchos adolescentes a someterse al aborto, una práctica ilegal en la mayor parte de los países de América Latina, con la excepción de Cuba. Las adolescentes que deciden abortar, lo hacen en etapa avanzada de embarazo, en situaciones inadecuadas, y practicado por personas no adiestradas que no cumplen con los mínimos requisitos higiénicos y de seguridad (Monroy, 1992).

Senderowitz y Paxman (1985), señalan la insuficiencia de los datos provenientes de los países donde el aborto es restringido. Una encuesta realizada recientemente en varias ciudades de América Latina muestra el porcentaje de mujeres menores de 20 años que se han sometido al aborto en las siguientes ciudades: Campinas, Brasil 12%; Santiago de Chile 13%; El Salvador 22%; Ciudad de México 11%; Lima, Perú 12%. En muchos países en desarrollo, más del 50% de las admisiones de emergencia en los servicios de ginecología corresponde a mujeres con complicaciones originadas en el aborto, generalmente de índole clandestino e ilegal. Debido a su carácter ilegal, esos abortos no figuran en los registros oficiales de salud (Monroy A., 1992).

Las adolescentes representan una proporción muy elevada de esas admisiones. En América Latina, durante 1970, casi 15% de las mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto eran menores de 19 años, un porcentaje mayor del notificado para 1960, lo que señala la tendencia cada vez creciente del aborto (Cohen P., Belmont L., Dryfoos J., Stein Z. y Zayac S. (1980).

C. CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Los efectos biopsicosociales negativos del embarazo precoz han obligado a desarrollar esfuerzos para comprender los factores responsables y formular programas de prevención. Entre esos factores principales se destacan los siguientes:

1. EL DESCENSO EN LA EDAD DE LA MENARQUIA Y DE ACTIVIDAD SEXUAL DENTRO Y FUERA DEL MATRIMONIO Y DE LA UNIÓN CONSENSUAL

En algunos países la edad promedio ha descendido durante las últimas décadas. Como se sabe, la menarquia tiene un doble efecto, cambia el cuerpo de la mujer para hacerla capaz de concebir y la estimula para que se haga sexualmente reproductiva (Monroy, 1992).

Aunque la mayor parte del embarazo en adolescente ocurre dentro del matrimonio y la unión consensual, Morris (1988) ha señalado que en Costa Rica, Brasil, Guatemala, Panamá y Ciudad de México, entre 28% y 42% de las personas casadas han concebido antes del matrimonio. Es probable, que las fechas de nacimiento se notifiquen de manera incorrecta para ocultar la concepción premarital; por tanto, el porcentaje de concepción premarital es tal vez mucho mayor del que se ha identificado (Morris, 1988).

Tradicionalmente, las altas tasas de adolescentes casadas o en unión consensual se han asociado con altas tasas de fecundidad entre adolescente. En América Latina las proporciones de mujeres adolescentes casadas o en unión consensual varían de 10% en Chile, hasta 30% en Cuba, y la edad de matrimonio es relativamente alta, de 18 a 22 años (Sepúlveda P.E., 1987). La Encuesta Mundial de Fecundidad (1976) indicó que la edad promedio de las primíparas varió de 19 años en Jamaica, a 22.7 años en Perú.

Monroy y sus colaboradores (1986) determinaron, en un estudio realizado en la Ciudad de México, entre 1,539 hombres y 1,735 mujeres de 15 a 19 años encuestados en sus hogares, que 10% de los hombres y 27% de las mujeres dijeron estar casados o vivir en unión consensual. Sólo 4.5% informó haber tenido su primera relación sexual con su esposa o compañera y 49% de las mujeres con su esposo o compañero, lo que indica la prevalencia de la actividad sexual antes del matrimonio. Otro hecho importante es que sólo 5% de los hombres jóvenes tuvieron su primera relación sexual con una prostituta, lo que refleja un cambio radical en comparación con los datos de generaciones pasadas que muestran que la actividad sexual se iniciaba usualmente con prostitutas. Este hecho ha sido verificado por Monroy y colaboradores, en el Puerto de Veracruz, México (1988) y por Morris et al (1988), en otros países latinoamericanos con excepción de Guatemala.

La información proveniente de la encuesta de la Ciudad de México (1986) sobre el embarazo muestra que 91.8% de las mujeres encuestadas casadas o en unión consensual habían estado embarazadas y 21.4% estaban embarazadas al momento de la encuesta. Sólo 0.5% de las mujeres casadas o en unión consensual no tenían hijos y 55.7% tenían 3 hijos; esto confirma que la unión temprana está estrechamente asociada con el inicio precoz de la reproducción y con la alta paridad.

En América Latina, la actividad sexual antes del matrimonio o de la unión consensual se ha incrementado (Sepúlveda P.E., 1987), probablemente en respuesta a los siguientes factores:

- A las cambiantes características de la adolescencia (Fishbein M. y Ajzen I., 1975).
- A los bajos niveles de escolaridad, a las expectativas de educación, los recursos económicos, los efectos de la relación familiar y de otras relaciones significativas para el adolescente (Nortman D., 1974).
- A los cambios de valores y en las actitudes de la sociedad actual (Blomberg R.C., 1978).
- A la falta de información sexual adecuada para los adolescentes (Monroy A., Morales M., Morris L., Núñez L., 1987).

- A la urbanización, la anonimidad en las grandes ciudades, el exceso de tiempo libre, el trabajo de ambos padres (Monroy A, 1982).
- Poca experiencia en la toma de decisiones (Monroy A., 1982).
- La abundancia de la información y de incitaciones sexuales en los medios de comunicación (Monroy A., 1982).

Morris (1987), indica que la proporción de mujeres que notifican relaciones sexuales premaritales es bastante similar en los seis países latinoamericanos que disponen de datos específicos sobre adolescentes. Entre 12% y 21% de las mujeres de 15 a 19 años informaron haber tenido relaciones sexuales premaritales. Entre las mujeres de 20 a 24 años, el porcentaje oscila de 36% en la Ciudad de Guatemala a 49% en Paraguay. Entre los hombres de 20 a 24 años, la actividad sexual premarital es 86% en la Ciudad de México y 87% en la Ciudad de Guatemala.

En cuanto a las relaciones premaritales, Senderowitz y Paxman (1985), destacan que las cifras varían entre los países y entre los sexos. Los hombres son proporcionalmente más activos que las mujeres y el porcentaje de adolescentes que tienen relaciones sexuales premaritales aumenta con la edad. Esos datos han sido también notificados por Morris (1988).

En la Ciudad de México, Monroy y sus colaboradores (1984) realizaron una encuesta entre estudiantes de nivel medio de educación, los datos muestran una media de 16.1 años para ambos sexos. El estudio de García E. (1981), con estudiantes universitarios muestra una media de 16 años para los hombres y 19 para las mujeres. En general, los datos indican que los varones inician la actividad sexual antes que las mujeres. Los factores educativos, religiosos y económicos, la relación con la familia, y la combinación de todos esos factores ejerce un efecto considerable sobre el inicio de la actividad sexual (Monroy, 1986). Sin embargo, Monroy y sus colaboradores y García y sus colaboradores informan que sólo entre 23% y 46% dijeron haber tenido relaciones sexuales durante el último mes, lo que ayuda a explicar el bajo índice de uso de anticonceptivos.

Es importante considerar los patrones de doble estándar en sexualidad. El estudio de Byre y Carrol (1985), detectó una diferencia significativa entre los sexos, en términos de aprobación de las relaciones sexuales causales, el número de parejas sexuales y el involucramiento emocional como prerequisite para la relación sexual. El estudio indica que los motivos del hombre para tener relaciones sexuales son el placer y las razones físicas, mientras que para la mujer son el amor, la devoción, el compromiso y las emociones, por tanto, las mujeres no aprueban las relaciones causales.

Sin embargo, tanto los hombres como las mujeres aprueban el sexo dentro de una relación seria y duradera y recalcan la importancia de sentirse amado y necesitado. Los hombres, diferente a las mujeres, están dispuestos a participar en relaciones sexuales que no involucren las emociones, mientras sólo la minoría de mujeres aprueba ese tipo de relaciones (Miller, 1978).

2. PATRONES DE USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

Los patrones de uso de los métodos anticonceptivos se originan en los siguientes factores: (Babirian H. y Goldman A., 1971)

- a) Poco conocimiento del proceso reproductivo y de los anticonceptivos
- b) Falta de acceso de la población joven a los servicios.
- c) Las presiones: personal, grupal y social
- d) La falta total o parcial de planificación de los adolescentes
- e) La falta de comunicación de la pareja en cuanto al uso de los anticonceptivos
- f) El grado de estabilidad de la relación que afecta la frecuencia de la actividad sexual y la aceptación de la sexualidad por parte de la mujer

Gough (1979), comparó las características de personalidad de las personas que hipotéticamente están dispuestas o predispuestas a usar la píldora, y observó que los hombres que la aceptan favorecen los métodos anticonceptivos más eficaces, tienen actitudes positivas hacia la planificación familiar y exhiben menos características autoritarias. Los hombres que no favorecen la píldora son del tipo más convencional y resistente al cambio. Gough anota, que el uso eficaz de los anticonceptivos está asociado con un tipo de personalidad más ajustada.

Se ha observado, que los adolescentes distorsionan la información. Hatcher (1973) y Monroy (1983) notificaron casos de adolescentes que compartían creencias erradas e información distorsionada. Cobliner (1975) señaló que algunas de las adolescentes que participaron en el estudio dijeron tener conocimiento pero no creer en la información cuando la pareja no la comparte. Una proporción aún mayor de adolescentes dijo "tener creencias sin conocimiento", lo que señala que en esos casos la adolescente simplemente no cree que puede quedar embarazada.

Otras variables interfieren en la relación entre el conocimiento y el comportamiento, tales como: la idea de que el uso de los anticonceptivos no es romántica y la percepción de que los servicios de anticoncepción no son accesibles para las adolescentes solteras. En el análisis del problema de las intenciones se observa la naturaleza prohibida de las relaciones sexuales y la tendencia de la adolescente a utilizar la negación (Fox G.L., 1978).

Algunos investigadores han observado que cuando las adolescentes aceptan que son sexualmente activas, expresan abiertamente sus intenciones de usar o no anticonceptivos, intenciones probablemente relacionadas con sus comportamientos (Fox G.L., 1978).

Hatcher (1973) y Oskamp (1983), han definido una serie de características frecuentemente asociadas con el uso ineficaz de los anticonceptivos y con el embarazo; sin embargo esas características ocurren en diferentes grados, dependiendo del contexto psicosocial y cultural de la adolescente.

Gracias a la Encuesta Mundial de Fecundidad (1976) y al número creciente de encuestas realizadas, se ha obtenido un conocimiento considerable sobre las prácticas en el uso de los anticonceptivos entre las adolescentes casadas y en unión consensual (Ver Cuadro-).

**PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS ENTRE 15 Y 19 AÑOS
Y 15 Y 49 AÑOS QUE USAN METODOS ANTICONCEPTIVOS EN PAISES
SELECCIONADOS DE AMERICA LATINA**

REGION Y PAIS	AÑO DE ENCUESTA	% QUE USA METODOS ANTICONCEPTIVOS	
		15-19 AÑOS	15-49 AÑOS
COLOMBIA	1980	24.7	48.5
REP. DOMINICANA	1980	18.0	42.0
ECUADOR	1979	20.7	33.5
EL SALVADOR	1978	8.3	34.0
GUYANA	1975	18.0	34.0
HONDURAS	1981	8.3	26.9
MEXICO	1980	20.4	38.7
PANAMA	1979	28.9	61.0

**FUENTE: ENCUESTA MUNDIAL DE FECUNDIDAD 1976
ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD DHS, 1985**

Estudios llevados a cabo en la Ciudad de México (Monroy, 1984) indican que el conocimiento de la adolescente sobre los anticonceptivos es relativamente amplio. Sin embargo, no se ha determinado el grado de ese conocimiento, un dato que puede ser importante, ya que el conocimiento sobre el ciclo menstrual se asocia con una tasa más baja de embarazo no deseado.

En cuanto al empleo de métodos anticonceptivos durante la primera relación premarital, sólo entre 14% y 15% de los adolescentes en Costa Rica, Brasil y Paraguay dijeron emplear anticonceptivos y sólo 10% a 11% en la Ciudades de Panamá y Guatemala (Munz D., Carson S., Brock B., Bell L., 1976).

Los resultados de la encuesta realizada en la Ciudad de México muestran que los adolescentes y los jóvenes utilizan el método de ritmo; sin embargo, se observó que pocos saben a qué punto del ciclo menstrual la mujer queda embarazada (Monroy, 1984).

El estudio de la Ciudad de México (Monroy, 1985) muestra que sólo 22% de las mujeres y 31% de los hombres dijeron haber usado métodos anticonceptivos durante su primera relación premarital. El uso aumentó con la edad: de 15% a 31% en las mujeres y de 16% a 51% entre los hombres. Asimismo, el uso de métodos anticonceptivos durante la primera relación en el matrimonio o en la unión consensual resultó sumamente bajo. Sólo 19.7% de las mujeres dijeron usar métodos anticonceptivos. Otros estudios llevados a cabo por Monroy y colaboradores (1984) en la Ciudad de México, muestran que entre los estudiantes de 17 a 21 años, 52.3% informaron haber utilizado anticonceptivos durante la primera relación sexual. Las respuestas reflejan el marcado deseo de evitar el embarazo, más que el buen conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos, la mayoría se refería a métodos no confiables y "métodos mágicos" (Monroy, 1992).

El estudio realizado por García en 1981 con estudiantes universitarios indicó que los métodos anticonceptivos más usados eran el método de ritmo, empleado por una de cada tres estudiantes; el método de retiro y los métodos hormonales, empleados por una de cada cinco mujeres.

El proyecto de investigación llevado a cabo en la Ciudad de México (Monroy, 1985), determinó que los principales métodos anticonceptivos empleados eran el ritmo, la píldora y el condón. Entre las mujeres que utilizaron anticonceptivos durante la primera relación sexual, 43.5 dijeron haber utilizado el método del ritmo. El método más común entre la gente joven casada y en unión consensual es el dispositivo intrauterino (DIU) (38.5%), seguido de la píldora (27.4%), y la inyección (10.8%).

De acuerdo a Shah, Zelnik y Katner (1975), las razones que dan los jóvenes para no emplear los métodos anticonceptivos son:

- Poco conocimiento sobre los riesgos del embarazo.
- La creencia de que los anticonceptivos interfieren con el placer, la espontaneidad y la intimidad.
- La percepción de que es difícil obtener anticonceptivos.

Miller (1978) en su análisis de regresión múltiple identificó los siguientes argumentos:

- "Mi novia me aseguró que era estéril y no podía concebir".
- "Decidí arriesgarme y contar con mi buena suerte".
- "No pensé en esa probabilidad"
- "Decidí no pensar en eso"
- "Pensé que ella había tomado precauciones".
- "Quería quedar embarazada"
- "Quería que ella se embarazara"

Morris (1978) señala que entre 6% y 16% de las adolescentes dijeron querer el embarazo, y ese deseo se incrementa de acuerdo con la edad al inicio de la relación sexual. Menos de 2% de los hombres indicaron no haber usado anticonceptivos porque querían tener un hijo.

Finkel y Finkel (1975) indican que 62% de los hombres piensa que el uso de los anticonceptivos hace que la relación sexual parezca planificada, y 54% creen que sólo las mujeres deben utilizar anticonceptivos. Ross (1979) identificó las razones más frecuentes por las cuales los hombres no emplean anticonceptivos:

- "Interfiere con el placer"
- "A mi pareja no le gusta"
- "Hace el sexo demasiado planificado"
- "Es muy penoso conseguirlos"
- "Es difícil obtenerlos"

4.3 RECURSOS PARA ENFRENTAR LOS PROBLEMAS DE SALUD ADOLESCENTE

Los servicios organizados de salud han tenido importantes logros en los últimos decenios, disminuyendo los indicadores de mortalidad y morbilidad en forma importante (OPS/OMS, 1988). Sin embargo, los mismos servicios históricamente han tenido dificultades para incorporar los aspectos psicosociales de la atención de la salud. Temas tales como el enfoque familiar, la educación para la crianza de los hijos, la lactancia materna, el vínculo recién nacido-madre, la atención materna durante el puerperio, los elementos para un adecuado crecimiento y desarrollo cognitivos, son áreas que deben estudiarse más cuidadosamente si queremos que estos servicios lleguen a proporcionar salud en el sentido propuesto por las OPS/OMS (1985).

Muchos de los servicios clínicos más necesarios para velar por la salud del adolescente, tales como los gineco-obstétricos o los de control de enfermedades de transmisión sexual, son notoriamente sub-utilizados por los adolescentes. Esto se debe a temores acerca de las actitudes que pueden encontrar entre los profesionales de la salud, por ignorancia acerca de la existencia o accesibilidad de estos servicios o por temor a falta de privacidad de estos. Es desgraciadamente cierto que en muchos casos los profesionales en establecimientos generales de salud desconocen las necesidades y características propias de los problemas del adolescente, y no han recibido entrenamiento en técnicas de comunicación o consejería con jóvenes (Discusiones Técnicas, OMS, 1988).

Los adolescentes, al ser encuestados en relación a su utilización de servicios generales de salud, tienden a plantear que no requieren acudir a estos para resolver sus problemas, sino que piensan que basta con recurrir a sus padres en el caso de problemas estrictamente médicos o a sus amigos en el caso de situaciones socio-emocionales. En un estudio acerca de las características de los servicios de salud más satisfactorios para los adolescentes realizado en Minnesota (Hedin R. y Blum B., 1980), utilizando técnicas de interacción grupal, encontraron que los jóvenes tendían a ver el estado de salud más como una capacidad de involucrarse en la vida llenos de energía y a un sentido positivo de autoestima y bienestar psicológico, que a la mera ausencia de enfermedad. Al ser encuestados acerca de los servicios de salud, existió consenso en relación a desconfiar de los servicios habituales de salud y requerir de centros enfocados exclusivamente para los adolescentes. Algunas de las áreas más frecuentes mencionadas en relación a estos servicios fueron:

- Personal abierto, interesado en escuchar la visión del joven mismo acerca de sus problemas y en interactuar con él de igual a igual.
- Lugar ("setting") adecuado a las necesidades del adolescente y menos formal que un consultorio. Era importante para ellos el que no estuviera lleno de niños menores con sus madres.
- Costo al alcance del joven
- Confidencialidad del tratamiento: La posibilidad de que la información proporcionada llegase rápidamente a oídos de la familia fue otro obstáculo frecuente para recurrir a la atención habitual de salud.

En suma, las áreas más mencionadas en este sentido subrayan la necesidad de organizar servicios de salud del adolescente que sean accesibles, confiables y confidenciales (Friedman H., 1983).

Esta necesidad de los jóvenes de opinar y participar en relación a su estado de salud fue uno de los resultados del I Encuentro Juvenil Latinoamericano realizado en 1987 en Oaxtepec, México (CORA, 1987). Entre las conclusiones de estas talleres fueron las siguientes (Monroy A., Martínez M.J., 1978)

- Existen en la región servicios de salud insuficientes y, en la mayoría de los casos, carecen de orientaciones específicas para este grupo de edad.
- Hay falta de continuidad en los programas de fomento a la salud adolescente.
- La región cuenta con pocos sitios de reunión que permita a los jóvenes desarrollar actividades artísticas, deportivas, culturales y de convivencia familiar.
- Se puntualizó la incongruencia del adulto entre el decir y a hacer, así como las grandes presiones ejercidas sobre la población de todas las edades por la publicidad que promueve hábitos que lesionan la salud.

Entre las respuestas sugeridas por este grupo de 50 jóvenes de 8 países latinoamericanos, se encuentran las siguientes alternativas (Monroy a., Martínez M. J., 1987)

- La creación de mejores programas de Orientación y Educación para la Salud Integral del joven en todos los niveles escolares y extraescolares.
- La creación de campañas de promoción de la salud centradas y enfocadas a las características del joven
- Mayor y mejor atención a las inquietudes de los propios jóvenes. (Hedin R., Blum B., Hedin D., 1980).

4.4 PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN AMERICA LATINA

Diversas organizaciones no gubernamentales (ONG), el sistema educativo, y poco a poco, los servicios de salud pública han venido desarrollando estrategias de intervenciones para adolescentes, especialmente orientados hacia su salud reproductiva (Rizo, A., 1992):

1. CENTRO DE MULTISERVICIOS PARA ATENCION DEL ADOLESCENTE:

a. *Propósito:*

Es una estrategia destinada a ofrecer una gama variada de servicios al adolescente. Además de servicios básico de salud y planificación familiar, los usuarios disponen de servicios de asistencia legal, consejería psicológica, recreación, bolsa de trabajo, ayuda psicopedagógica, capacitación en diferentes talleres (Rizo, A., 1992).

b. *Ventajas (CORA, 1978-1985)*

- Modelo pionero en América Latina.
- Llamó la atención a diferentes sectores sobre la problemática del adolescente, en tiempos en que no se le daba prioridad alguna.
- Calidad y calidez de atención
- Centro de capacitación e investigaciones diagnóstico y operativas.
- Inicia los primeros estudios sobre adolescentes.
- Trabajo joven a joven

c. *Limitaciones (CORA, 1978-1985):*

- Alto costo operativo
- Baja cobertura
- Dependiente de fondos externos
- Receptivo, no llega a toda la población adolescente

2. SERVICIOS PARA JOVENES EN ORGANIZACIONES PRIVADAS DE PLANIFICACION FAMILIAR (Clínicas de Planificación Familiar para Adolescentes):

a. *Propósito (López G., 1991):*

Ampliación de servicios regulares de planificación familiar. Se enfatiza la salud reproductiva con acciones de IEC y entrega de anticonceptivos.

b. *Ventajas (García Núñez, J., 1992):*

- Captación de adolescentes sexualmente activos
- Especializados en planificación familiar
- Más costo-eficientes
- Facilitan la capacitación de recursos humanos para el trabajo con adolescente.
- Sirven como centro de referencia o atención especializada.

c. *Limitaciones (García Núñez, J., 1992):*

- Cobertura limitada a zonas urbanas periféricas
- Visión limitada a lo reproductivo
- No generan fondos suficientes para cubrir costos.
- Poca productividad en número de usuarios de métodos anticonceptivos, difícil de justificar ante donantes

3. PROGRAMAS ESCOLARES DE EDUCACION SEXUAL:

a. *Propósito:*

Consiste en la organización de cursos, talleres, seminarios, minicursillos y otros tipos de actividades educativas sobre sexualidad y reproducción humana que se llevan a cabo en establecimientos educativos oficiales y privados, generalmente, a nivel secundaria (Shepard, B.H., 1989).

b. *Ventajas (Shepard, B.H., 1989):*

- Son actividades generalmente bien recibidas por padres y maestros.
- Dan información de temas que ni padres ni maestros se atreven a tratar.
- Pueden ser la base de la incorporación a la currícula regular de temas de educación sexual.

c. **Limitaciones (Shepard, B.H., 1989):**

- Carencia de recursos humanos capacitados en educación sexual y orientación a jóvenes.
- Gran variedad en la calidad y metodología de enseñanza de la educación sexual.
- Falta de apoyo oficial a su incorporación a los programas oficiales.
- Esfuerzo externo continuo.
- No modifica valores ni conductas.
- Débil vinculación con servicios, ello conduce a pocos usuarios y corte de fondos.
- Alto costo para impacto y de difícil evaluación.

4. **PROMOTORES O VOLUNTARIOS JUVENILES:**

a. **Propósito:**

Surgen del centro de multiservicios y consisten en un grupo de jóvenes líderes, capacitados previamente, que trabajan con otros jóvenes en la calle, clubes, escuelas, etc., detectando y proporcionando a jóvenes en alto riesgo de embarazo y ETS/SIDA información y métodos combinados (condón y espermaticidas). (CORA, 1991)
Se capacitan y se reportan periódicamente al centro de servicios (Manual del Promotor, 1990).

b. **Ventajas (CORA, 1991):**

- Un componente eficaz de extensión a la comunidad.
- Excelente comunicación interpersonal con otros jóvenes.
- Mayor identificación con el joven promotor y posibilidad de llegar a grupos de riesgo.
- Bajo costo por su carácter voluntario.

c. **Limitaciones (CORA, 1991):**

- Altas tasas de deserción de los promotores por satisfacer otras aspiraciones.
- Altos costos de capacitación y recapitación continua y de supervisión.
- Faltan estudios que evalúen el trabajo del promotor juvenil.

5. PROGRAMAS DE APOYO A INSTITUCIONES OFICIALES DE SALUD Y BIENESTAR PARA PROGRAMAS DE ATENCION AL ADOLESCENTE:

a. *Propósito (Rothman, R., 1990):*

Son programas basados en convenios de apoyo con el Sector Privado para dar servicios educativos y de salud "integrales" a jóvenes. Los fondos privados apoyan adquisición de equipos, materiales y personal. La institución oficial aporta los servicios y local.

b. *Ventajas (Rothman, R., 1990):*

- Colaboración entre el Sector Privado y el Público.
- Ampliación de servicios a jóvenes.
- Potencial de expansión a población de jóvenes que acude a instituciones oficiales de salud.
- Prueba de modelos piloto de atención integral.

c. *Desventajas (Rothman, R., 1990):*

- Alianza frágil por celos institucionales.
- Fondos privados limitados para el servicio.
- Diferencias entre las prioridades del Sector Público y del Privado.
- Falta de continuidad del programa cuando el apoyo privado sale de la institución.

6. PROGRAMAS HOSPITALARIOS POSTPARTO Y POSTABORTO PARA ADOLESCENTES:

a. *Propósito:*

Consisten en ofrecer información y servicio de planificación familiar a adolescentes que acuden a grandes maternidades y hospitales públicos para un parto o un aborto. La atención es durante el período de postparto o postaborto inmediato. La meta es dar métodos anticonceptivos para evitar un segundo embarazo no deseado o aborto. (Benson J., 1987)

b. *Ventajas (Benson J., 1987):*

- Amplia cobertura de partos adolescentes en zonas urbanas.
- Mayor facilidad de dar anticonceptivos a madres adolescentes.
- Buena probabilidad de replicación del modelo en otros hospitales.

c. *Desventajas (Benson J., 1987):*

- No previene el primer embarazo o el aborto.
- Los períodos postparto y postaborto inmediato son poco adecuados para una elección informada de métodos por parte de las adolescentes.
- Difícil incorporación del varón.

Todas las estrategias "tienen virtudes, todos tienen igualmente limitaciones, y ninguno es superior a los demás. Podría decirse que todos atienden a subgrupos de adolescentes cada uno con características particulares" (Rizo, A., 1992).

"Lo cierto es que cada uno de los enfoques utilizados tiene su utilidad, es susceptible de ser mejorado, puede adicionarse con actividades complementarias y, pese a las limitaciones que todos ellos puedan tener, individualmente o en conjunto, constituyen ejemplos de intervenciones que contribuyen no sólo a crear conciencia sobre el abandono al cual está sometido el adolescente, sobre las necesidades que éste tiene y, sobre todo, acerca de la forma como puede ayudársele a resolver una parte importante de los problemas a los que se enfrenta" (Rizo, A., 1992).

La evaluación de las estrategias permitirá "aprender qué funciona y qué no funciona, y se podrá determinar qué puede empezar a descartarse o a modificarse para hacer de estos programas verdaderos modelos que cumplan en realidad los objetivos que han definido sus inspiradores y que respondan a las expectativas de usuarios y patrocinadores" (Rizo, A., 1992).

4.5 REDES DE APOYO A LA SALUD REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE

A. ESTRATEGIAS DE PROMOCION Y PREVENCION PRIMARIA Y SECUNDARIA

Desde 1978, el Centro de Orientación para Adolescentes, CORA ha desarrollado diversas estrategias en relación a la salud reproductiva del adolescente (Manuales de Estrategias, 1978-1988). Dichas estrategias se dividen en 2 grandes niveles de prevención:

ESTRATEGIAS DE PREVENCION PRIMARIA

- **Multiservicios**
- **Módulos informativos SOS-Juvenil**
- **Clubes y brigadas juveniles**
- **Teatro del adolescente**
- **Cine club, etc.**

ESTRATEGIAS DE PREVENCION SECUNDARIA

- **Programa Educativo para Madres Adolescentes, PREA**
- **Círculos de Madres Adolescentes, CMA**
- **Clubes de Madres Adolescentes, CMA**

Para desarrollar cada una de las estrategias fue necesario realizar una serie de investigaciones diagnósticas en diferentes comunidades para detectar las necesidades reales y sentidas de los adolescentes. Posteriormente se diseñó y programó una estrategia de intervención. Una vez puesta en marcha se procedió a evaluarla con el apoyo técnico de diferentes agencias, como la agencia **Population Council**. En algunas sólo se hicieron estudios de costo-efectividad y con otras se hicieron estudios más profundos incluyendo evaluaciones de impacto (Velasco, L., 1994).

B. SUBMODELOS DE PROMOCION DE LA SALUD

A partir de 1993, CORA extrajo los mejores elementos de cada estrategia para consolidar 4 submodelos de promoción de la salud y en dos niveles de prevención (Velasco L., Monroy a., Velasco M., 1993):

SUBMODELOS DE PREVENCION PRIMARIA

- I. Satélites Móviles SOS-Juvenil**
- II. Plataformas de Salud de Referencia de Jóvenes**

SUBMODELOS DE PREVENCION SECUNDARIA

- I. Programa Educativo para Madres Adolescentes, PREA.**
- II. Círculos y Clubes de Madres Adolescentes, CMA**

C. DESCRIPCION DE LOS SUBMODELOS

■ Satélites Móviles SOS-juvenil

Este submodelo contiene 2 elementos básicos (Velasco M., 1994):

- a. **Satélites** o módulos móviles. Son estructuras ligeras cuyo diseño permite que se armen y se desarmen. Desarmadas caben en una bolsa de manta por lo que facilita su transportación. Armadas o extendidas se convierten en "stands" que facilita la exposición de materiales didácticos y promocionales que atraen la atención de los jóvenes que pasan frente a dichos "stands". El objetivo principal de estos "satélites" es ubicarse en lugares donde pasan o se reúnen los jóvenes (salidas de metros, escuelas, fábricas, parques, deportivos) y captar su atención para que sepan que ahí pueden obtener información rápida sobre:
 - Diferentes temas de salud sexual y reproductiva e integral
 - Eventos culturales, deportivos, artísticos y recreativos de su comunidad.
 - Diferentes servicios que la comunidad ofrece (incluyendo los de salud).
- b. **Promotores:** Los "satélites" están manejados por promotores juveniles. La idea de este submodelo es crear un ambiente de confianza y esto se logra en la participación y comunicación de joven a joven. Los promotores están encargados de proporcionar la información que se les pida, asimismo, tendrán la responsabilidad de detectar a jóvenes en alto riesgo y referirlos a otras instituciones. (Ver Cuadro 1)

■ Plataformas de Salud de Referencia de Jóvenes

Son centros de salud, de planificación familiar o similares, que tienen cuatro funciones (Velasco M., 1994):

- * Ofrecer atención médica general y planificación familiar a jóvenes.
 - * Ofrecer información, educación, en salud sexual y reproductiva a jóvenes.
 - * Ofrecer pláticas informativas a escuelas.
 - * Detectar jóvenes de alto riesgo y referirlos a diferentes instituciones.
- Dichas "plataformas" son estructuras fijas, estratégicamente ubicadas, para responder a la demanda de los jóvenes.

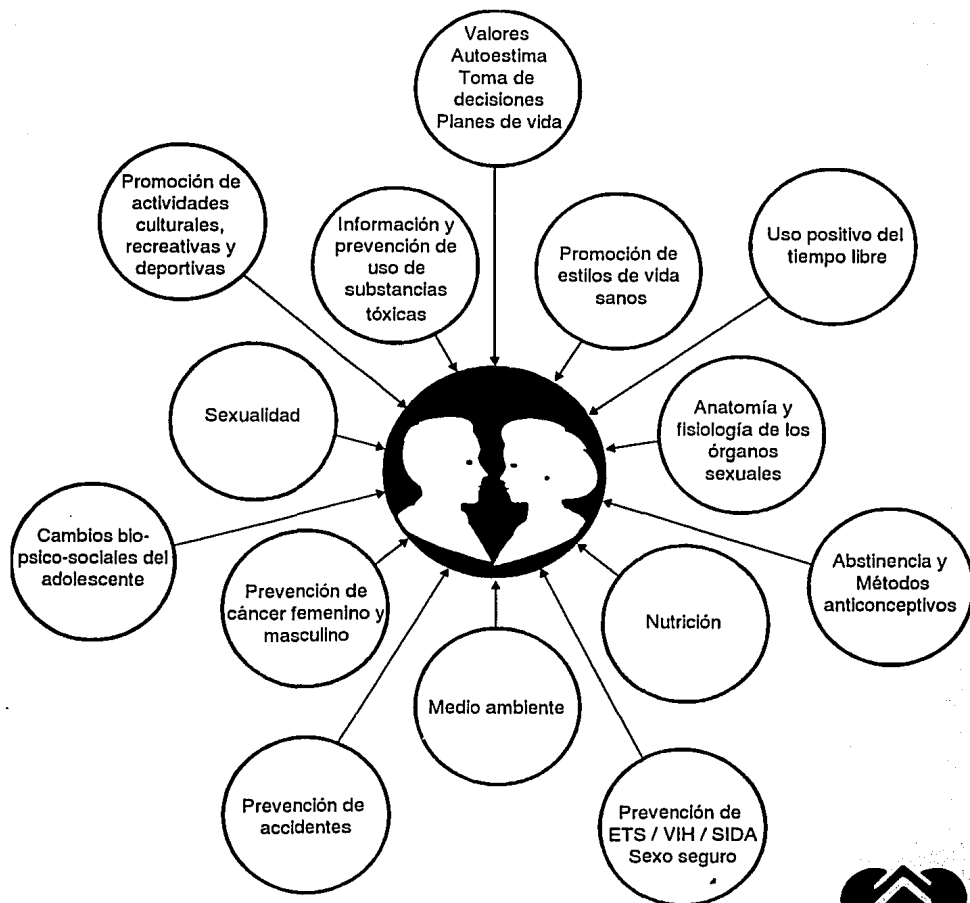
CUADRO 1

Acciones Educativas de Apoyo a la Salud Reproductiva

de los Adolescentes

Submodelo SOS-Juvenil

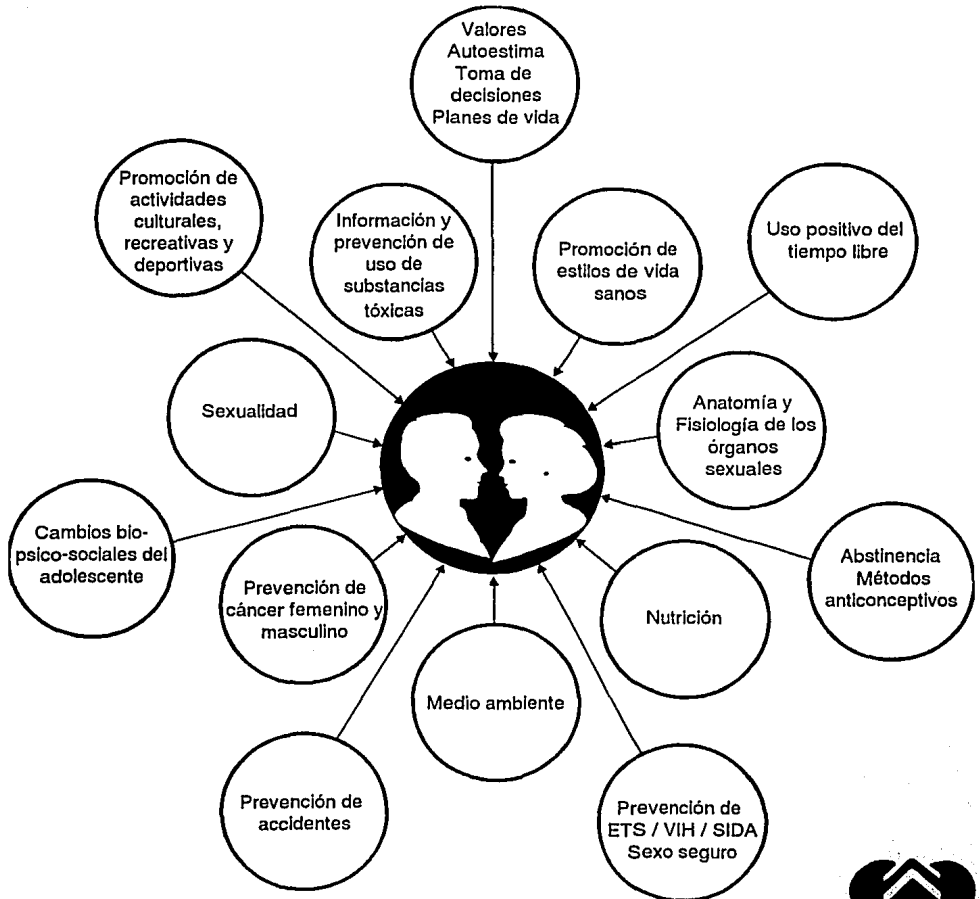
(Prevención Primaria)



CUADRO 2

Acciones Educativas de Apoyo a la Salud Reproductiva de los Adolescentes

Submodelo Plataformas de Salud (Prevención primaria)



Las personas encargadas de manejar las plataformas pueden tener diferentes disciplinas (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogas), pero deben ser sensibles a las necesidades de los jóvenes. (Ver Cuadro 2)

■ Programa Educativo para Madres Adolescentes, PREA

El PREA (Velasco L., 1994) maneja diversas técnicas dinámico-participativas para permitir la comunicación, no sólo del educador hacia las adolescentes, sino de las adolescentes entre sí. En el PREA pueden participar las adolescentes, sus parejas (en caso que la tengan), familiares, amigos, suegros, etc. (Ver Antecedentes)

Este submodelo se divide en tres componentes:

- PREA-PRENATAL (Ver Cuadro 3)
- PREA-NATAL (Ver Cuadro 4)
- PREA-POSTNATAL (Ver Cuadro 5)

Estos componentes se centran en los siguientes aspectos (Velasco, L. 1992):

a. **La relación de la adolescente con su bebé:** Aquí se les orienta respecto a los cuidados del embarazo, cuidados generales que deben tener con su bebé (incluye temas como vacunas, estimulación temprana, ablactación, lactancia, prevención de accidentes), paternidad y maternidad responsable, entre otros. Nos interesa que la joven asuma su rol como madre.

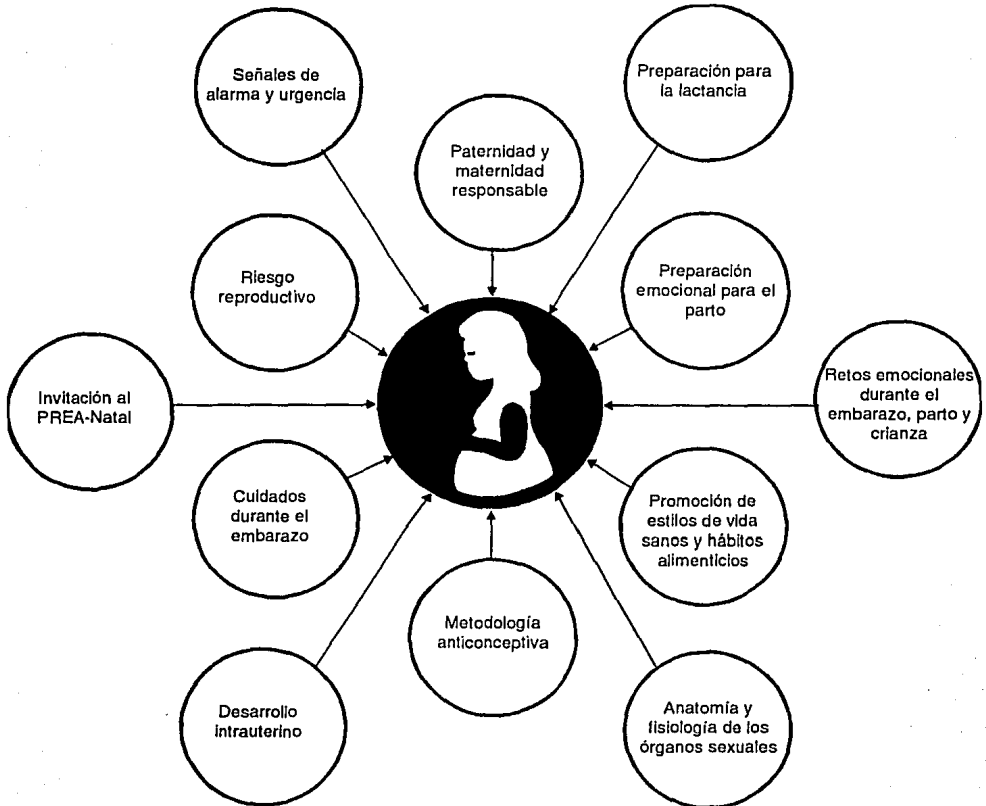
b. **La relación de la adolescente con ella misma:** Aquí se le enseña temas como sexualidad, métodos anticonceptivos, toma de decisiones, planes de vida, autoestima, valores, etc. Nos interesa que la joven asuma su rol como mujer.

c. **La relación de la adolescente con su pareja y familia:** Aquí se plantean diversas estrategias de comunicación. También se manejan diversas formas en que la pareja o la familia pueden apoyar a la adolescente. Nos interesa que la joven asuma su rol como pareja (en caso que la tenga) y que su pareja asuma el rol de padre y que su familia la apoye.

CUADRO 3

Acciones Educativas de Apoyo a la Salud Reproductiva de la Adolescente Embarazada, su Pareja y Familia

Submodelo PREA-Prenatal (Prevención Secundaria)

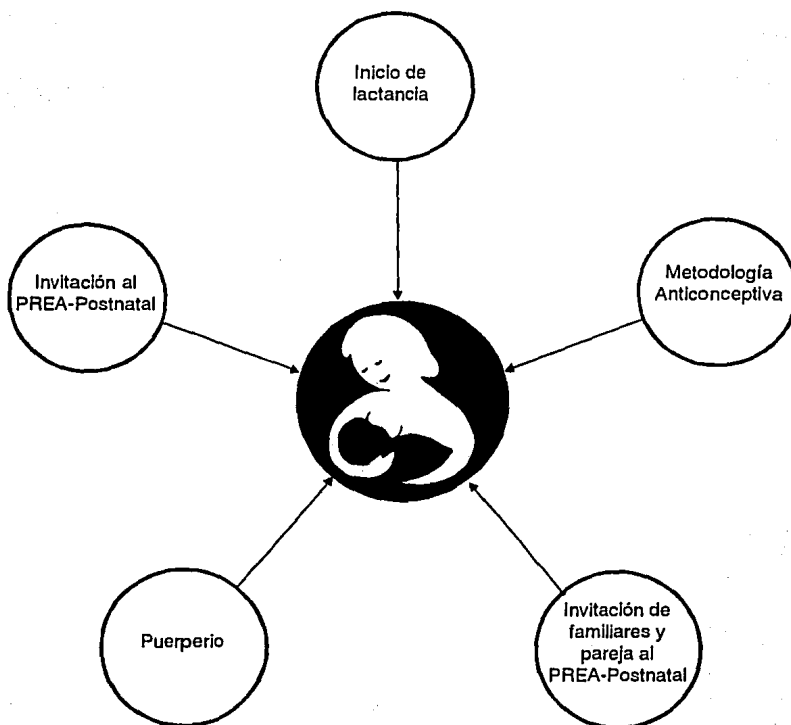


CUADRO 4

Acciones Educativas de Apoyo a La Salud Reproductiva de la Madre Adolescente y Recién Nacido

Submodelo PREA-Natal

(Prevención Secundaria)



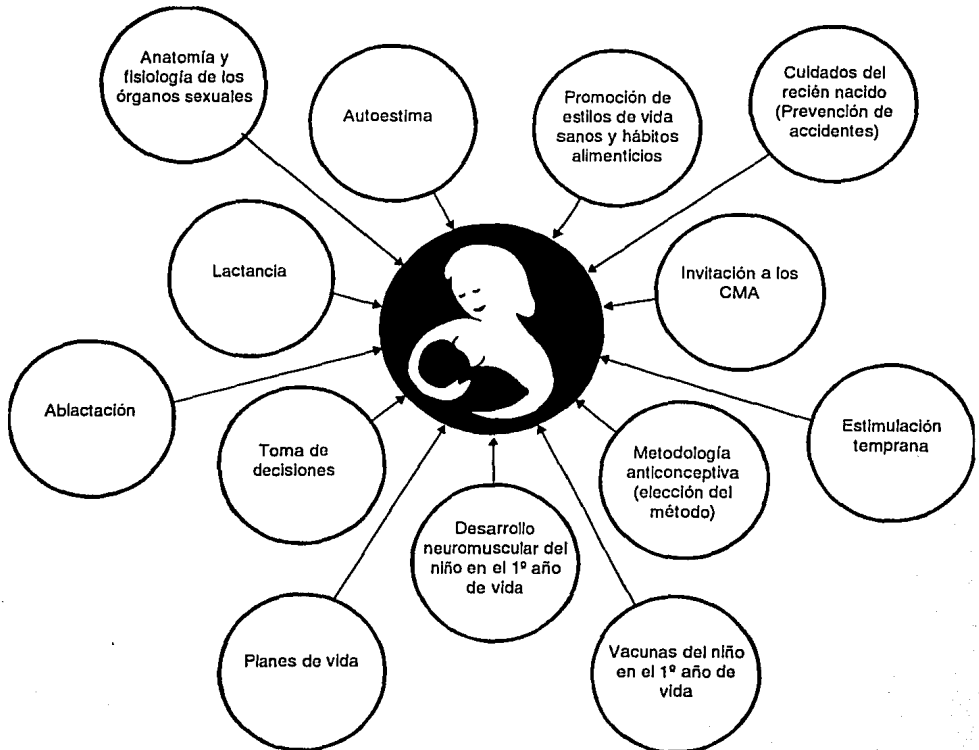
L. VELASCO (1993)



CUADRO 5

Acciones Educativas de Apoyo a la Salud Reproductiva de la Madre Adolescente, su Hijo, Pareja y Familia

Submodelo PREA-Postnatal (Prevención Secundaria)



■ Clubes y Círculos de Madres Adolescentes , CMA

Los CMA (Monroy A., 1994) tienen como objetivo principal promover el desarrollo integral de las madres adolescentes, su pareja y su familia a través de acciones de reintegración social. Este submodelo contiene:

- Acciones educativas (Ver Anexo, Cuadro 6) sobre la salud sexual y reproductiva y otros aspectos de la salud integral (como higiene, nutrición, empleo, entre otros)
- Actividades laborales: Se ofrece la capacitación en diferentes talleres (computación, mecanografía, diseño arquitectónico, entre otros).
- Actividades recreativas, culturales, artísticas y deportivas.
- Servicios como guardería, planificación familiar, lavandería, peluquería, regaderas.
- Referencias a otros servicios

D. INTEGRACION DE LOS SUBMODELOS

Los submodelos no están diseñados para ser conceptos aislados. Estos se integran en dos modelos de prevención que, a su vez, se integran para formar un continuum educativo en los diferentes períodos de la salud reproductiva del adolescente. La idea es crear un ambiente para los jóvenes que le proporcione apoyo constante, con pasos escalonados hacia la autonomía, aumentando la autoestima y promoviendo estilos de vida sanos, además de una vigilancia continua de su desarrollo reproductivo (Velasco L., 1993).

Esta integración de los submodelos está basado en las siguientes premisas:

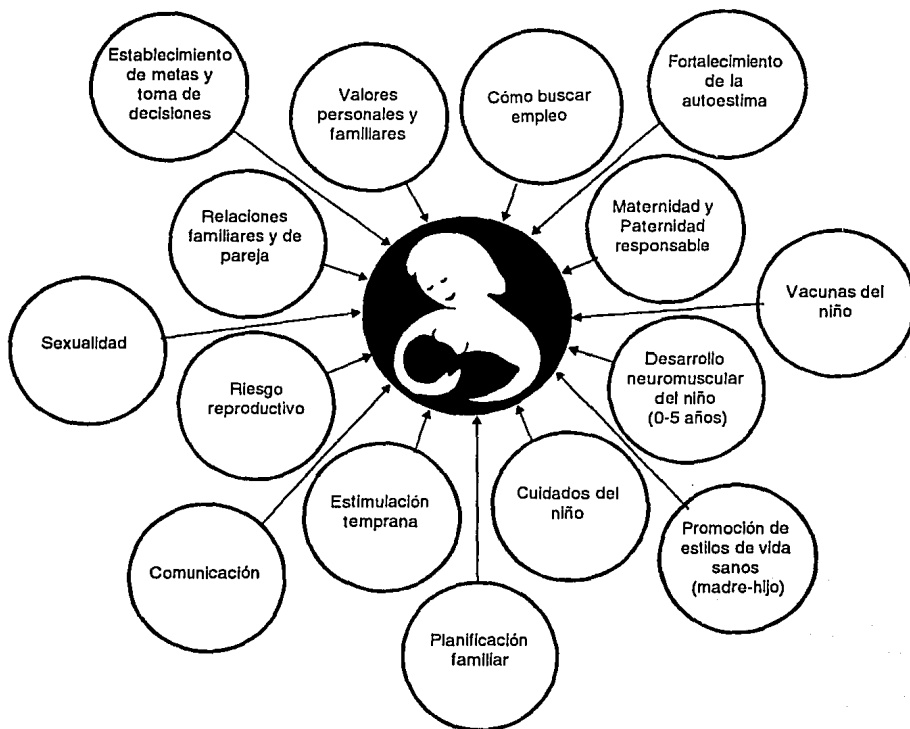
1. Concepto de integralidad de la salud:

La salud y bienestar del adolescente deben concebirse dentro del contexto de interrelaciones muy dinámicas de tres sistemas básicos: Biológico, psicológico y social (incluyendo medio ambiente). Esto implica que los jóvenes necesitan apoyo y oportunidades para desarrollarse dentro de estos tres sistemas. La salud del grupo adolescente está determinada por factores o circunstancias de las etapas anteriores de su vida y efectos de circunstancias actuales y factores presentes durante la fase de adolescencia (Serrano C., 1992).

CUADRO 6

Acciones Educativas de Apoyo a la Salud Reproductiva de la Madre Adolescente, su Hijo, Pareja y Familia

Submodelo CMA (Prevención Secundaria)



Gran parte del comportamiento de los jóvenes durante la adolescencia y la juventud no sólo afecta su salud inmediata, sino que también puede ejercer efectos devastadores sobre su salud en años posteriores; y los patrones que adopten los jóvenes servirán de modelos para sus hijos, perpetuando así la mala salud (Serrano C., 1992).

Este concepto implica para el Dr. Serrano, que para fines de la atención de la salud integral del adolescente, es necesario que los programas de salud y los de otros sectores, sean congruentes con el carácter de *continuum* de las varias etapas y abarcando los 3 sistemas básicos.

2. Concepto de estilos de vida:

El concepto de estilos de vida ha sido definido en documentos de la OPS/OMS (Bibeau, G., Pedersen D. y Puentes C., 1985) como pautas de comportamiento de grupos de individuos, por un tiempo prolongado, condicionadas por los valores, creencias, actitudes, hábitos, conocimientos y condiciones socioeconómicas del grupo de pertenencia del individuo; estos estilos directa o indirectamente condicionan su conducta personal.

Se han diferenciado aquellos estilos de vida que contribuyen al mantenimiento de la salud y retardan la muerte y aquellos otros que limitan o resultan dañinos para la salud y como resultado aceleran la muerte. Se ha hablado así de comportamientos de mantención de salud, de reducción de riesgos o de prevención y búsqueda de salud (Ippólito - Shepherd, 1987).

La psicología social ha propuesto diferentes modelos para interpretar y actuar sobre estos componentes, entre ellos se encuentra "La teoría del Comportamiento Problema" de Jessor y Jessor (1977). Este autor realizó un importante estudio de seguimiento prospectivo de adolescentes en E.E.U.U. analizando las conductas sancionadas como negativas entre estos: fumar, uso de drogas, actividad sexual temprana y uso de alcohol. Así identificó una sobre-imposición de áreas de conducta problema y factores de riesgo común subyacentes a todas ellas. Describe 3 áreas de variación en la conducta problema: el subsistema personalidad, el subsistema ambiente percibido y el subsistema conductas. En cada uno de estos subsistemas aparecen características que definen a los adolescentes en mayor riesgo (Jessor y Jessor, 1977).

Así, en el subsistema **personalidad**, los jóvenes con tendencia a presentar conductas problemas tienden a:

- Poner menos valoración en logros académicos o escolares.
- Darle importancia a la independencia.

- Tener más tendencia a criticar y a sentirse distantes de la sociedad.
- Tener menor autoestima.
- Tolerar más la desviación de las normas sociales.
- Valorar más los aspectos positivos o funcionales que los negativos de las conductas problema.

Dentro de las características del **ambiente** percibido, aparecen como de importancia una menor compatibilidad entre padres y amigos, mayor influencia de estos últimos en la toma de decisiones y mayor aprobación de parte de ellos acerca de las conductas problema.

Dentro de la categoría **conductas**, aparece una correlación positiva entre el consumo de alcohol y de marihuana, así como con otras conductas desviadas de la norma social. Jessor (1977) ha identificado un patrón consistente que él denomina "estar listo para" algunas de las conductas problemas, que en algunos jóvenes aparece mucho más temprano que otros.

Tomando en cuenta este modelo, Perry distingue 2 estrategias de promoción de la salud (Perry, 1982):

- Introducir o reforzar la conducta positiva en salud.
- Eliminar o debilitar la conducta riesgosa.

Ambas estrategias se pueden implementar independientemente o paralelamente.

Los focos de intervención en promoción de la salud pueden clasificarse de acuerdo al modelo de Jessor, en sus diferentes categorías (Perry, 1982):

En el área de las **conductas** de riesgo, las intervenciones dirigidas a disminuir éstas pueden ser, entre otras, las siguientes:

- Programas de cesación del tabaco.
- Campañas dirigidas a fomentar el uso moderado de alcohol.
- Conductas alternativas tales como fomentar el ejercicio que se contraíndica con fumar.

En el área de la **personalidad**, el foco de atención puede centrarse en modificar rasgos tales como el control de la impulsividad, reforzar el locus interno de control o promover actividades es las que aumente la sensación de responsabilidad social.

En el área del ambiente, es importante buscar programas que dificulten el acceso a conductas riesgosas: acceso a las drogas o a grupos de pares que son permisivos o que fomenten el consumo.

Por lo tanto, para fines de atención a la salud, los modelos comunitarios de intervención en promoción de salud son especialmente importantes ya que implican acciones en diferentes planos: instrucción individual, intervención basada en programas escolares, entrenamiento de líderes juveniles de salud; involucración de la familia, campañas en medios masivos de comunicación y organización comunitaria (OMS, 1988).

3. Periodos de la salud reproductiva:

Si la salud reproductiva se define como "el derecho que tienen las parejas a ejercer su sexualidad libres de temor a un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad, a reproducirse y regular su fecundidad, y a que el embarazo, parto y puerperio transcurran en forma segura y sin complicaciones, con resultados positivos en términos de sobrevivencia y bienestar para los padres y sus hijos" (Gutiérrez, 1992), por lo tanto, debe comprender 4 periodos de atención al joven:

- a. **Antenatal:** Inicia con la pubertad y termina con el comienzo del embarazo.*
- b. **Prenatal:** Inicia con el embarazo y termina con el parto.
- c. **Natal:** Inicia con el trabajo de parto y termina con el postparto, hasta el momento de alta del hospital.
- d. **Postnatal:** Inicia con el final del periodo natal. Puede dividirse en dos subperiodos: puerperio y después del puerperio (cuya duración es variable, en algunos casos se extiende hasta el próximo embarazo).

NOTA: Los términos "antenatal", "prenatal", "natal" y "postnatal" son los utilizados por los autores: Romero, M.I., Maddaleno, M., Silber, T., y Munist, M. en su libro: *Manual de la Medicina de la Adolescencia*, OPS. 1992.

4. Enfoque de riesgo y enfoque protector reproductivo:

El enfoque de riesgo es un método epidemiológico para la atención de las personas, las familias y las comunidades, sustentado en el concepto de riesgo. Está basado en que no todas las personas tienen la misma probabilidad de enfermar o morir. La vulnerabilidad al daño se debe a la presencia de ciertas características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales, económicas o políticas que interactúan entre sí (Gutiérrez D., 1992). Estas características son los factores de riesgo. Se puede definir al **factor de riesgo** como una serie de causas o señales observables (factores) que interactúan entre sí y que en conjunto predice la probabilidad de daño (enfermedad o muerte) (Gutiérrez D., 1992).

La aplicación del enfoque de riesgo en el campo de la reproducción humana, generó el concepto de riesgo reproductivo. Este se define como "la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción, el mismo que afectará principalmente a la madre, al feto o al recién nacido" (Sarue, Bertoni, Díaz y Serrano, 1989).

De acuerdo con la definición de salud reproductiva del Dr. D. Gutiérrez, la aplicación del enfoque de riesgo reproductivo debe de empezar antes de la concepción. En esta etapa se denomina **riesgo preconcepcional**; durante la gestación y el parto se denomina **riesgo obstétrico**; y desde la vigésima octava semana de gestación hasta la primera semana de vida del neonato se denomina **riesgo perinatal** (OPS/OMS, 1990).

El enfoque protector está basado en la probabilidad de lograr el bienestar y buena calidad de vida. Depende de la presencia de **factores protectores**, es decir, una serie de causas o señales observables (factores) que interactúan entre sí y que en conjunto predice la probabilidad de lograr bienestar físico, psíquico, mental y una buena calidad de vida (Serrano C., 1992).

Este enfoque implica que no sólo se debe prevenir la enfermedad sino de promover la salud.

Algunos comportamientos que contribuyen a promocionar la salud reproductiva son (CORA, 1992):

- Ejercicio de una sexualidad segura y responsable, libre de temor a contraer una ETS y SIDA y libre de temor de engendrar hijos no deseados, situación que predispone a problemas biológicos psicológicos y sociales de los padres adolescentes; al aborto provocado; y al aumento de niños abandonados o maltratados.
- Ejercicio de una paternidad y maternidad responsable.

"Cuando se controlan los factores de riesgo (por supresión o compensación) disminuye la probabilidad de daño y cuando los factores protectores se refuerzan aumenta la probabilidad de mayor salud" (Serrano, 1992).

5. Cadena de prevención:

Existen 4 tipos de prevención (OMS, 1989):

- a. Primordial (o promoción de la salud)
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Terciaria

La incorporación del concepto de prevención continua (cadena de prevención) en la programación de la salud integral del adolescente es muy importante pues permite entender que:

- Primero, previniendo ciertos factores, es posible mejorar la salud en etapas posteriores de la vida, ya que estos factores no necesariamente están asociados a daños en la etapa de la vida en que la exposición ocurre. Este aspecto es crucial en relación a los estilos de vida, tales como el consumo de sustancias como alcohol, tabaco, grasas saturadas, etc. (Serrano, C., 1992).
- Segundo, en cualquier momento, en estado de buena salud o con daños, es posible evitar un daño a través de la prevención de causas o factores causales específicos; evitar que un estado grave termine en muerte y evitar secuelas y discapacidad. (Serrano, C., 1992).

El primer caso constituye la llamada prevención primordial o promoción de la salud. Este concepto es uno de los más actuales en relación al desarrollo de programas de salud del adolescente. La promoción de la salud representa una estrategia intermedia entre los individuos y sus ambientes, sintetizando las decisiones personales y la responsabilidad social de crear un ambiente futuro más sano (OMS, 1988). Ha sido definida por la OMS como "El proceso de capacitar a las personas para controlar y para mejorar su salud".

El fundamento de este tipo de prevención es el fortalecimiento de los factores protectores para evitar o controlar los riesgos, no necesariamente los factores causales o causas específicas. La promoción de varios factores protectores, en forma simultánea, complementaria y continuada, producen un gradual cambio positivo del estado de salud, bienestar y desarrollo de las poblaciones (Serrano C., 1992). Ejemplos de estos factores protectores están:

- Un satisfactorio nivel educacional general y de la salud en particular.
- Buen estado nutricional y buenos hábitos nutricionales.
- Buen saneamiento ambiental.
- Empleo
- Acceso a servicios de salud, y otros servicios de buena calidad.
- Acceso a recreación sana y a oportunidades de emplear el tiempo libre en forma positiva.
- Escalas de valores congruentes con el ejercicio y alcance de niveles óptimos de desarrollo espiritual.
- Promoción de redes sociales de apoyo efectivas.

La distinción entre promoción de salud y prevención de enfermedades es importante. El foco de atención en este segundo concepto son los individuos en riesgo, mientras que en la promoción de salud lo es la población en su totalidad (Florenzano, U.R., 1988). La promoción de salud además, se interesa no sólo por conservar, sino por aumentar el nivel de salud y bienestar. En ese sentido, el concepto de salud que se utiliza es positivo y amplio. Perry y Jessor (1985) han identificado 4 áreas de desarrollo en promoción de la salud:

- La salud física, centrada en el buen funcionamiento fisiológico, el cual ha sido la preocupación tradicional de la medicina.
- La salud psicológica, que se refiere a un sentido subjetivo de bienestar, de sentirse bien y que se relaciona con experimentar niveles adecuados de energía, de bienestar físico, un sentido de auto-competencia y una creencia en estar en control de sí mismo.
- La salud social: Corresponde a la capacidad de desempeñar adecuadamente los roles socialmente esperados y sentirse socialmente efectivos.
- La salud personal: Esta corresponde a la sensación de ser un sujeto integrado, capaz de desarrollar las propias potencialidades y de realizarse personalmente.

La **prevención primaria, secundaria y terciaria** corresponden al segundo caso y están basadas en el enfoque de riesgo e implica la existencia de una cadena o secuencia causal en donde los factores de riesgo son eslabones de la cadena de asociaciones que dan lugar a la enfermedad o muerte. Este hecho permite actuar en cualquiera de los eslabones (antes de que se presente o durante la enfermedad) para interrumpir la secuencia de acontecimientos (Gutiérrez, D., 1992). Así, por ejemplo, la prevención primaria intenta evitar la aparición o el efecto de factores o agentes causales específicos, la prevención secundaria evita que el daño ya iniciado se agrave o se complique con otros problemas sobreagregados y la prevención terciaria evita la muerte o secuelas graves (Serrano C., 1992).

No existe una "separación entre los varios niveles o tipos de prevención...Todas las formas de prevención deben estar presentes al tratar a personas y grupos "sanos" y "enfermos" y en todas las fases del proceso salud-enfermedad. Frente a una persona muy enferma hay cabida para la prevención primordial, primaria y secundaria, así como de la prevención de muerte" (Serrano, C. 1992).

Tomando en cuenta estas 5 premisas, los submodelos se integran para formar una **unidad conceptual**, es decir, un continuum de promoción y prevención, bio-psico-social, en los 4 períodos de la salud reproductiva del adolescente (Ver Anexo, Esquema 7). La integración de estos submodelos se logra por medio de estrategias interfásicas, es decir, sistemas de referencia y contrarreferencia (Velasco, L., Monroy A., Velasco M., 1993).

El esquema 7 nos indica cómo se logra la integración de los submodelos. El submodelo **SOS** referirá a los adolescentes en alto riesgo al submodelo **plataformas**. Estos dos submodelos (SOS y Plataformas) forman el Modelo de Prevención Primaria que corresponden al período antenatal de la salud reproductiva del adolescente. A su vez, el modelo de prevención primaria referirá a la adolescente embarazada al submodelo **PREA** (en donde recibirá educación y atención prenatal, natal y postnatal (puerperio), y el **PREA**, a su vez, referirá a la madre adolescente con su hijo y pareja al submodelo **CMA** (para reintegrarlos a la sociedad de una manera productiva). El submodelo **PREA + CMA** conforman el Modelo de Prevención Secundaria que comprende los períodos prenatal, natal y postnatal de la salud reproductiva del adolescente (Velasco L., 1994).

Durante todo el *continuum* de prevención se promueve la salud mediante el reforzamiento de factores protectores y creando estilos de vida sanos (Velasco L., 1993).

E. INSTITUCIONALIZACION DE LOS SUBMODELOS

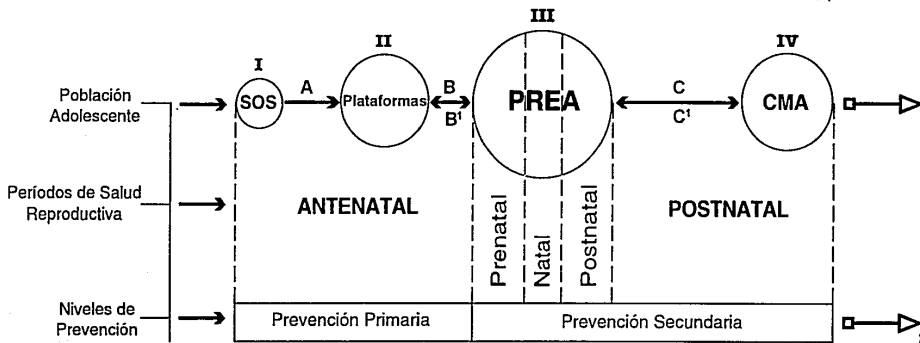
Los conceptos de *continuum* de promoción de la salud reproductiva del adolescente así como los modelos de prevención primaria y secundaria con sus submodelos, son conceptos abstractos que no tienen sentido si no se piensa en la adopción de estos mismos por diversas instituciones de diferentes sectores (Velasco L., Monroy A., Velasco M., 1993).

CUADRO 7

Unidad Conceptual de la Integración de los Submodelos con base a un Continuum de Niveles de Prevención

- A . Referencia de población adolescente en riesgo
- B . Referencia de adolescentes embarazadas
- B'. Contrarreferencia de adolescentes en caso de aborto, muerte del bebé
- C . Referencia de madres adolescentes, su hijo, familia y pareja
- C'. Contrarreferencia de adolescentes embarazadas

- I. Submodelo:** Satélites móviles SOS - Juvenil, (en organizaciones juveniles)
- II. Submodelo:** Plataformas de salud de referencia de jóvenes, (en centros de salud)
- III. Submodelo:** Programa educativo para madres adolescentes, (en hospitales)
- IV. Submodelos:** Círculos o clubes de madres adolescentes, (en centros comunitarios)



PROMOCION DE LA SALUD

(Estilos de Vida Sanos)

L. VELASCO (1993)



El diseño de estos submodelos está basado pensando en infraestructuras ya existentes, por lo que sus sistemas de referencia y contrarreferencia internos y externos permite que sean fácilmente acoplados por los sistemas de instituciones con infraestructuras específicas. La idea de CORA no consiste en crear múltiples programas aislados que debiliten infraestructuras existentes, sino en crear submodelos educativos, costo-efectivos que se incorporen y refuercen las acciones ya establecidas en diferentes infraestructuras (Velasco L., Monroy A., Velasco M., 1993).

El submodelo: Satélites Móviles SOS-Juvenil está diseñado para que sea adoptado por organizaciones juveniles, como la Cruz Roja, Scouts y Niñas Guías. Las organizaciones juveniles son un ámbito importante de servicios de salud para los jóvenes ya que están creadas primordialmente para promover el interés de ellos en los deportes, la recreación o el servicio de la comunidad, además de que incluyen un componente de salud. Por la variedad de actividades disponibles, y como la atmósfera es mucho más participativa que la de la escuela o los servicios de salud, es algo más fácil para un joven o adolescente acercarse a un promotor juvenil y plantearle temas delicados. Las organizaciones juveniles también capacitan para el liderazgo y realizan campañas de salud pública que a la vez promueven el desarrollo social de sus miembros y la educación y el adiestramiento en cuestiones de salud. Las actividades de las propias organizaciones juveniles sumadas a las actividades del submodelo SOS proporcionan a los adolescentes un mayor apoyo para lograr una mejor promoción y prevención en salud sexual y reproductiva (Velasco M., 1994). (Ver Cuadro 8)

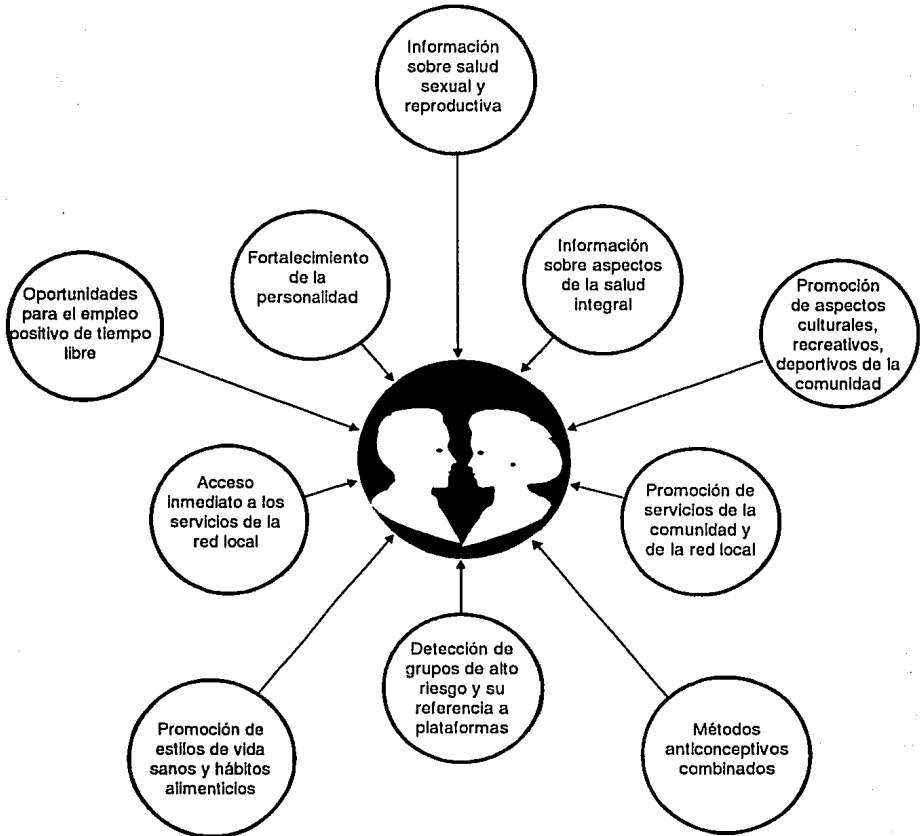
El submodelo: Plataformas de Salud de Referencia de Jóvenes está diseñado para ser adoptado por los centros de salud ya que estos presentan la infraestructura y el personal necesario para proporcionar al joven una atención médica general, metodología anticonceptiva e información y educación sobre salud sexual y reproductiva; además de que cuentan con un personal multidisciplinario. Una de las muchas actividades de los centros de salud es dar información a las escuelas que solicitan su asistencia (Velasco M., 1994).

Por lo tanto, si los centros de salud incluyen el submodelo de **plataformas** dentro de su infraestructura y se les capacita para que se sensibilicen con las necesidades especiales de los jóvenes y sean capaces de comunicarse con ellos, es decir, saber escuchar receptivamente y sin condenarlos, independientemente de lo que piense acerca de sus comportamientos; se habrá logrado crear un espacio para los jóvenes dentro de los mismos (Velasco M., 1994).

Si a las acciones educativas del submodelo "plataformas" se incluyen las acciones de los centros de salud se obtendrá un amplio sistema de apoyo, educación y atención primaria a la salud reproductiva del adolescente (Ver Cuadro 9) (Velasco L., Monroy A., Velasco M., 1993).

Acciones de Apoyo a la Salud Reproductiva del Adolescente (Hombres y Mujeres)

Período Antenatal (Prevención Primaria)



⇒ **SUBMODELO:** Satélites móviles **SOS - Juvenil (SOS)**

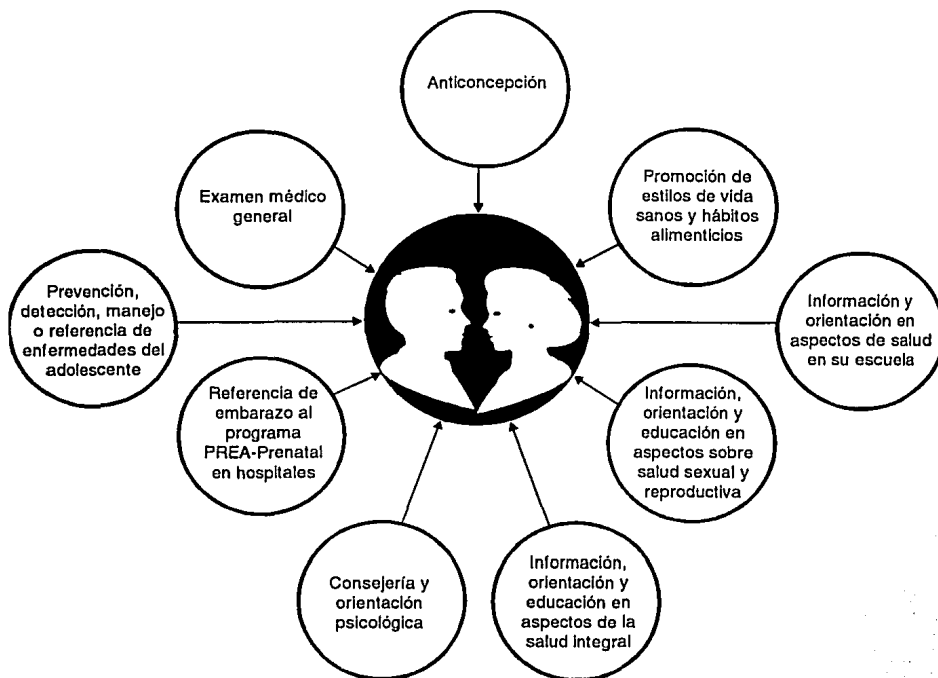
⇒ **SEDE INSTITUCIONAL:** Organizaciones juveniles

⇒ Se integran las acciones de las organizaciones juveniles al submodelo **SOS**

CUADRO 9

Acciones de Apoyo a la Salud Reproductiva del Adolescente (Hombres y Mujeres)

Período Antenatal (Prevención Primaria)



- ⇒ **SUBMODELO:** Plataformas de salud de referencias de jóvenes
- ⇒ **SEDE INSTITUCIONAL:** Centros de salud
- ⇒ Se integran acciones de los centros de salud al submodelo plataformas

El submodelo: Programa Educativo para Madres Adolescentes, PREA, está diseñado para ser adoptado por los hospitales que proporcionen atención gineco-obstétrica, ya que cuentan con la infraestructura necesaria para proporcionar atención a un nivel de prevención secundaria. Debido a que en los hospitales se proporciona la atención prenatal, natal y postnatal (atención durante el puerperio), es recomendable que la atención médica se lleve conjuntamente con los componentes educativos del PREA (PREA-PRENATAL, PREA-NATAL Y PREA-POSTNATAL). El PREA está diseñado de tal forma que cualquier profesional de salud pueda impartirlo, siempre y cuando esté motivado, sensibilizado y capacitado a trabajar con adolescentes (Velasco L., 1994).

La suma de las acciones educativas del submodelo PREA más las acciones del propio hospital, amplían el sistema de apoyo y atención a la salud reproductiva de los adolescentes, creando espacios específicos sensibles a las necesidades de estos (Ver Cuadros 10, 11 y 12) (Velasco L., 1994).

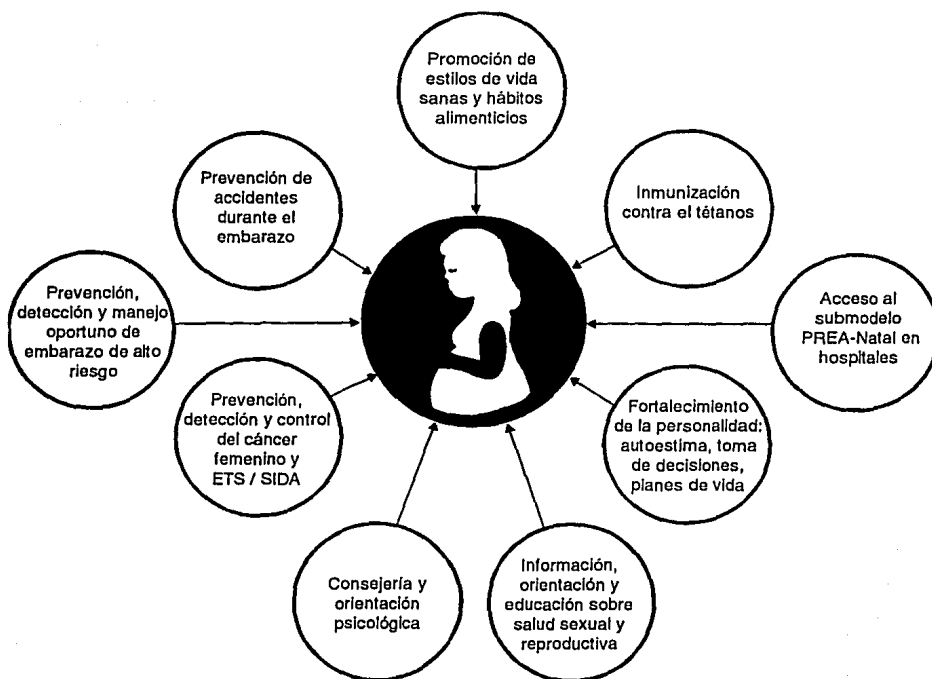
El submodelo: Círculos y Clubes de Madres Adolescentes, CMA, está diseñado para ser adoptado por centros comunitarios, ya que estos cuentan con una amplia infraestructura (guarderías, talleres, regaderas, lavanderías, aulas, instalaciones deportivas, etc) que puede ser adoptada y adaptada para proporcionar acciones sociales dirigidas específicamente a la madre adolescente, su pareja y su familia (Monroy A., 1994).

Las acciones educativas del submodelo CMA sumadas a las acciones sociales de los centros comunitarios proporcionarán una serie de actividades para facilitar la reintegración productiva de las adolescentes a la sociedad (Ver Cuadro 13) (Monroy A., 1994).

A partir de 1993, CORA ha institucionalizado el submodelo PREA en 3 hospitales de la SSA (Secretaría de Salud) y en 1 de los hospitales del DDF (Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal). El submodelo CMA se ha institucionalizado en 13 centros comunitarios del DIF (Desarrollo Integral de la Familia) y en 2 del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). El proceso de institucionalización se facilitó por la voluntad política que manifestó el Sector Salud y el Sector Social para adoptar los submodelos.

CUADRO 10

Acciones de Apoyo a la Salud Reproductiva de la adolescente embarazada, su Pareja y Familia Periodo Prenatal (Prevención Secundaria)



- ➔ **SUBMODELO:** Programa educativo para madres adolescentes, componente prenatal, (PREA-Prenatal)
- ➔ **SEDE INSTITUCIONAL:** Hospitales
- ➔ Se integran las acciones del hospital al submodelo PREA-Prenatal

L. VELASCO (1993)



CUADRO 11

Acciones de Apoyo a la Salud Reproductiva de la Madre Adolescente y Recién Nacido

Periodo Natal

(Prevención Secundaria)



➔ **SUBMODELO:** Programa educativo para madres adolescentes,
Componente Natal: **PREA-Natal**

➔ **SEDE INSTITUCIONAL:** Hospitales

➔ Se integran las acciones del hospital al submodelo **PREA-Natal**

L. VELASCO (1993)

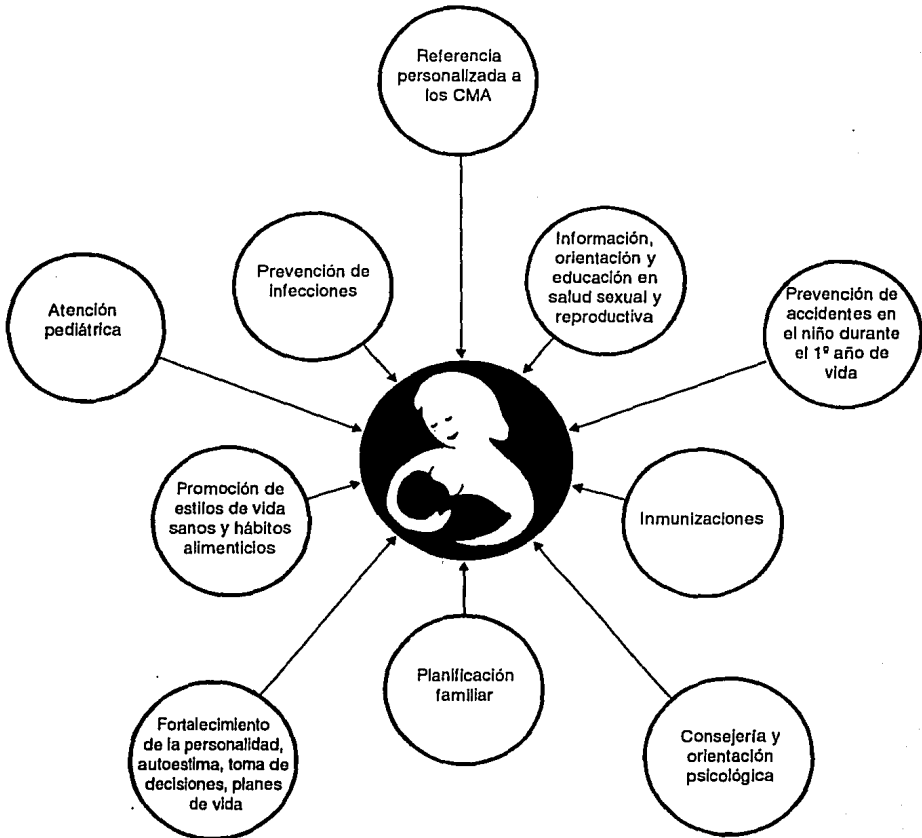


CORA

Acciones de Apoyo a la Salud Reproductiva de la Madre Adolescente, su Hijo, Familia y Pareja

Período Postnatal-Puerperio

(Prevención Secundaria)

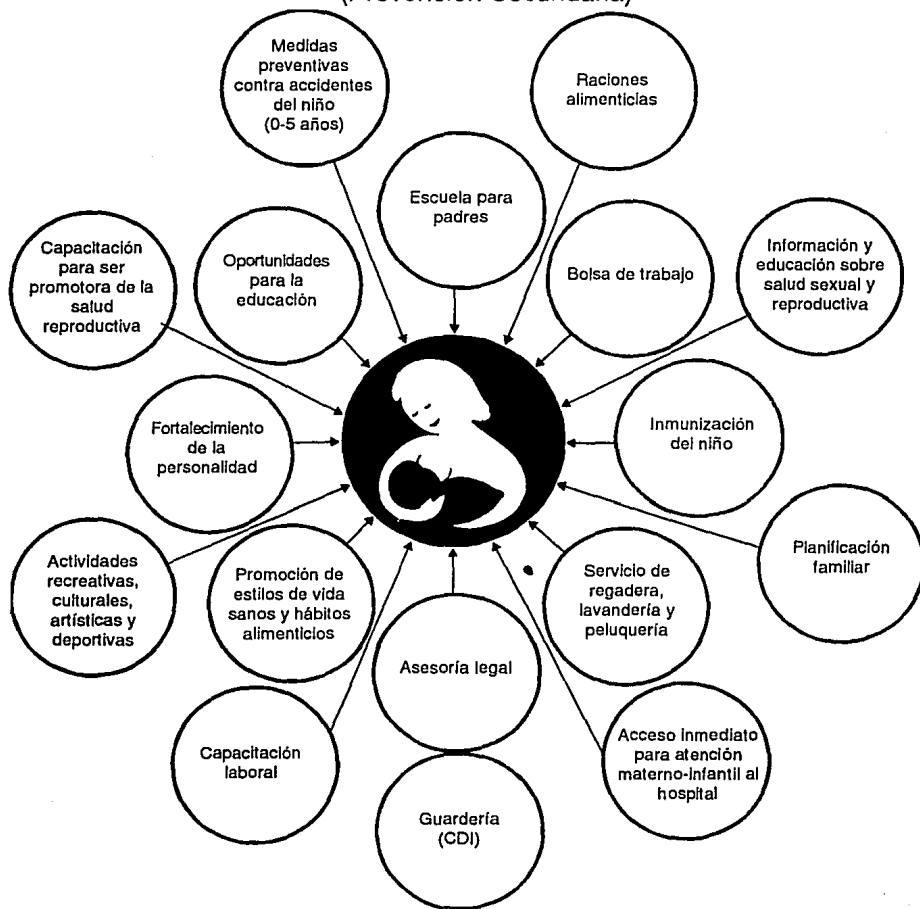


➔ **SUBMODELO:** Programa educativo para madres adolescentes, componente postnatal, **PREA-Postnatal**

➔ **SEDE INSTITUCIONAL:** Hospitales

➔ Se integran acciones del hospital al submodelo PREA-Postnatal

Acciones de Apoyo a la Salud Reproductiva de la Madre Adolescente, su Hijo, Familia y Pareja Periodo Postnatal 1º año (Prevención Secundaria)



➤ **SUBMODELO:** Clubes o círculos de madres adolescentes, CMA

➤ **SEDE INSTITUCIONAL:** Centros comunitarios

➤ Se integran las acciones del centro comunitario al submodelo CMA



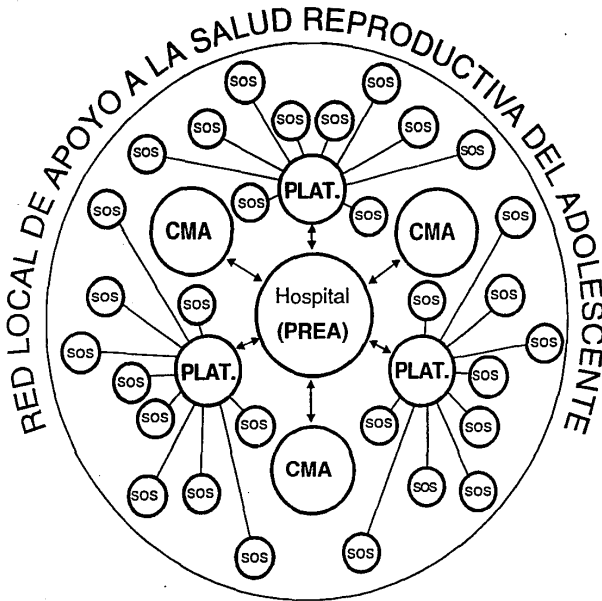
F. REDES LOCALES DE APOYO A LA SALUD REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE

Si se logra institucionalizar los submodelos a las infraestructuras por las cuales fueron diseñados, se crearán **Redes Locales de Apoyo a la Salud Reproductiva del Adolescente** (Velasco I., Monroy A., Velasco M., 1993). El esquema 14 indica los elementos que conformarán una red local la cual estará compuesta por un hospital de ginecología y obstetricia, que será el elemento central de La red, 3 centros de salud (**plataformas**) responsables de 10 "**satélites**" cada uno, y 3 centros comunitarios. Así, los "**satélites**" (3 promotores juveniles por satélite) serán los encargados de salir a la comunidad para atraer jóvenes, proporcionar información, detectar y referir a los jóvenes en riesgo a los centros de salud (a su "**plataforma**" correspondiente). Los centros de salud atenderán a los jóvenes referidos, darán información y educación en salud sexual y reproductiva, ofrecerán atención médica y métodos anticonceptivos a aquellos que lo requieran, detectarán a las adolescentes embarazadas y las referirán al hospital (**PREA**). Los centros de salud pueden ofrecer atención prenatal; si ese es el caso, referirán a la adolescente al hospital para la atención del parto, así como al **PREA-NATAL** y **PREA-POSTNATAL**. Los centros de salud también tendrán, entre sus actividades, el dar información en escuelas y el de coordinar la actividad de sus 10 "**satélites**" (Velasco L., 1993). El que cada "**plataforma**" tenga sus "**satélites**", facilitará las referencias entre submodelos.

Las adolescentes que llegan al hospital (referidos por las **plataformas**) reciben atención prenatal, natal y postnatal conjuntamente a las acciones del **PREA** que corresponda (prenatal, natal o postnatal). Al terminar el **PREA-POSTNATAL** una promotora adolescente (egresada del **PREA** y contratada por los **CMA**) las llevará a los **CMA** (centros comunitarios) más cercanos a sus domicilios, idealmente uno dentro de la **Red Local**. Esto facilita la transferencia y a su vez evita que las adolescentes se pierdan en el camino. Los **CMA** le ofrecerán a ella, su hijo, pareja y familiares una serie de actividades, además del componente educativo del submodelo, para lograr su reintegración de forma productiva a la sociedad (Velasco L., 1993).

Puede ocurrir que cualquiera de las instituciones de la red capten adolescentes directamente de la comunidad que necesiten un servicio específico de la red. Todas las instituciones estarán informadas y en la posibilidad de referir a los adolescentes al submodelo que les corresponda. Así se logrará un sistema de referencias y contrarreferencias efectivas (Velasco L., 1993).

CUADRO 14



Submodelo PREA: Programa educativo para madres adolescentes (Prenatal, Natal y Postnatal), (en Hospital)



Submodelo CMA: Círculos o clubes de madres adolescentes en, (en Centros Comunitarios)



Submodelo Plataformas: Plataformas de salud de referencia de jóvenes, (en Centros de Salud)



Submodelo SOS: Satélites móviles SOS-Juveniles, (en Organizaciones Juveniles)



G. RED INTERINSTITUCIONAL DE APOYO A LA SALUD REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE, RIASA (Ver, Cuadro 15)

Las Redes Locales de Apoyo a la Salud Reproductiva del Adolescente no son conceptos aislados, éstas estarán bajo una misma coordinación y se mantendrán unidas por medio de sistemas de referencia y contrarreferencia. Esto es necesario ya que un adolescente puede pasar de una Red Local a otra si, por ejemplo, se cambia de domicilio fuera del radio de acción de su red local, tendrá que ser referido a otra Red Local (Velasco L., Monroy A., Velasco M., 1993).

Un conjunto de Redes Locales, ya sea en la Ciudad de México o en algún Estado, formarán, por primera vez en México, una Red Interinstitucional de Apoyo a la Salud Reproductiva del Adolescente, RIASA (Monroy A., 1993).

RIASA sería el resultado de un esfuerzo intersectorial (Sector Salud, Sector Social y Organizaciones Juveniles) e interinstitucional (centros de salud, hospitales, centros comunitarios) para proporcionar a los jóvenes de México apoyo, educación y atención en su salud sexual y reproductiva en 2 niveles de prevención (primaria y secundaria) a través de un continuum de promoción de la salud. RIASA sólo puede lograr con éxito si existe una buena comunicación intersectorial, con amplio conocimiento de la estructura (red), con el cumplimiento de las acciones dirigidas a los adolescentes por cada submodelo y un adecuado sistema interfásico (entre los submodelos y entre las redes locales) (Velasco L., 1994).

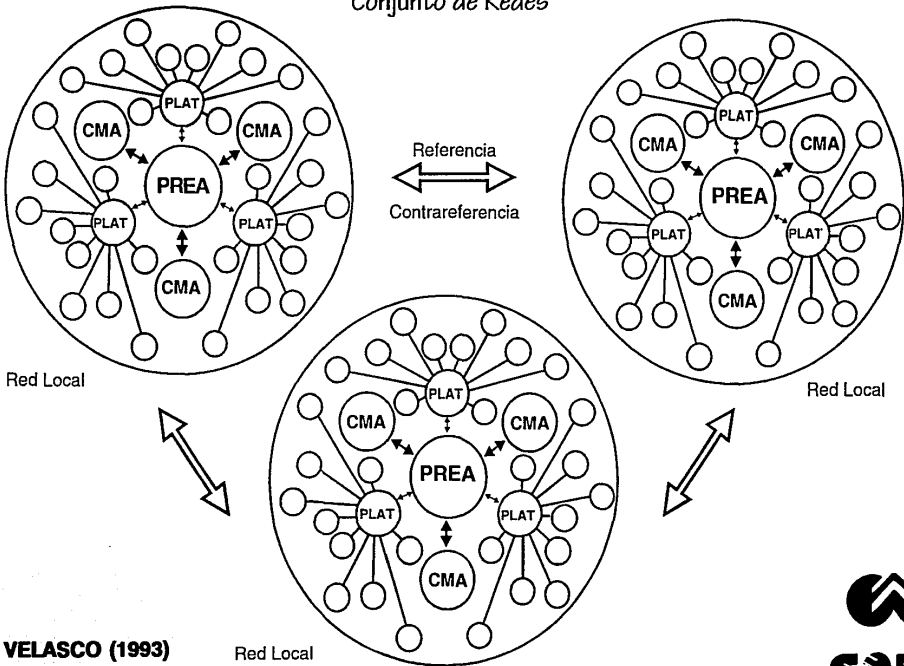
RIASA está pensada para proporcionar a los jóvenes, que asisten a las diferentes instituciones, congruencia de contenidos, metodologías, materiales y espacios, para así lograr un apoyo continuo y coherente, en los diferentes períodos de la salud reproductiva de los mismos (Velasco L., 1994).

RIASA está diseñada para fortalecer las acciones educativas dirigidas a los jóvenes de los 3 sectores mencionados, ampliando su cobertura al aumentar la disponibilidad de instituciones y personal multidisciplinario (jóvenes y adultos) capacitados para el trabajo con jóvenes (Velasco L., 1994).

El concepto de RIASA como la totalidad de un conjunto de redes locales facilitará la evaluación de la misma ya que, con un seguimiento y monitoreo sistemático de las redes locales, se podrá detectar y reforzar aquellas que bajen en su efectividad, sin que ello implique que La Red Interinstitucional (RIASA) pierda su efectividad (Velasco L., 1994).

CUADRO 15

RIASA: Red Institucional de Apoyo a la Salud Reproductiva del Adolescente, que equivale al Conjunto de Redes



L. VELASCO (1993)

Red Local



METODOLOGIA

5.1 INTRODUCCION

CORA requirió evaluar los contenidos temáticos, materiales y técnicas educativas del programa PREA para diseñar un paquete didáctico que sea la **estructura operativa** del mismo y así transformarlo en un modelo educativo, costo-efectivo que permita su fácil replicación a varios hospitales de la Ciudad de México. Este paquete didáctico reúne las siguientes características:

1. **Educativo:** Que tenga contenidos temáticos y técnicas educativas dirigido específicamente a la población adolescente.
2. **Práctico:** Que sea resistente y fácil de utilizar por el prestador de servicios.
3. **Motivante:** Que permita que la adolescente y el educador se autoidentifiquen con el programa y facilite la continuidad del mismo.
4. **Autodidacta:** Que necesite un mínimo de capacitación sin que el modelo corra el riesgo de volverse difuso y pierda su efectividad.

5.2 OBJETIVOS DEL PROYECTO

A. OBJETIVO GENERAL:

Obtener información cualitativa acerca de las actitudes y opiniones de las madres adolescentes que asisten al **PREA-NATAL y PREA-POSTNATAL** así como, las opiniones del personal involucrado en el programa en relación a los contenidos temáticos, técnicas y materiales educativos del mismo, con el fin de diseñar un paquete didáctico que permita la fácil replicación del modelo.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Evaluar el impacto del **PREA-NATAL Y PREA-POSTNATAL** en las madres adolescentes en términos de sus niveles de aceptación, comprensión y autoidentificación con el programa.
2. Identificar los cambios actitudinales, motivacionales y conductuales en las madres adolescentes en contacto con el **PREA-NATAL y PREA-POSTNATAL**>
3. Determinar la utilidad percibida por las madres adolescentes de los contenidos temáticos impartidos en el **PREA-NATAL Y PREA-POSTNATAL**.
4. Identificar las variables circunstanciales que influyen en los niveles de aceptación / rechazo del **PREA-NATAL y PREA-POSTNATAL** que afectan la continuidad de las madres adolescentes en el programa.
6. Evaluar el impacto del **PREA-NATAL y PREA-POSTNATAL** entre los educadores en términos de sus niveles de aceptación, utilidad, comprensión y autoidentificación con los contenidos, técnicas y materiales educativos del programa.
7. Modificar, de acuerdo a los resultados, los contenidos, técnicas y materiales educativos de los programas **PREA-NATAL y PREA-POSTNATAL**.
8. Diseñar el paquete didáctico **PREA-NATAL y POSTNATAL** que contenga las siguientes características:
 - Educativo para la población adolescente.
 - Práctico en su uso.
 - Motivante para la madre adolescente y el educador
 - Autodidáctico

5.3 PROBLEMAS

Los contenidos temáticos, técnicas y materiales educativos los programas **PREA-NATAL y POSTNATAL**:

1. ¿ Son atractivos, útiles, adecuados, novedosos, motivantes y comprensibles para las madres adolescentes que asisten al programa ?
2. ¿ Son prácticos en su uso para el prestador de servicios?
3. ¿ Permiten que la madre adolescente y el prestador de servicio se autoidentifiquen con el programa ?
4. ¿ Facilitan la autoenseñanza del programa ?

5.4 VARIABLES

En estudios cualitativos no se utilizan variables ya que se carece de medidas empíricas, además, de que se desconoce las opiniones que puedan dar la población objetivos. La variable, grado de contacto con el PREA fue determinante para formar los grupos focales y realizar las entrevistas entrevistas. Para poder codificar la información se establecieron categorías (Ver análisis de datos).

5.5 POBLACION

Se estudiaron dos poblaciones dentro del Hospital de la Mujer que están directamente relacionadas con los Programas PREA-NATAL y PREA-POSTNATAL:

1. Madres Adolescentes menores de 19 años (usuarias del programa PREA). Entre las características de esta población cabe destacar que provienen de diferentes estados de la República Mexicana, principalmente del Distrito Federal y estados cercanos a éste. Son de clase social media baja y baja. La mayoría son solteras. En general tienen bajo nivel académico (primaria incompleta, primaria completa), aunque hay muchachas de secundaria; muchas de ellas abandonaron la escuela debido al embarazo. Tienen escasas expectativas académicas y laborales. Presentan una baja autoestima y dificultades para tomar sus propias decisiones. Tienen escasos conocimientos en relación a temas de puericultura y, sobre todo, de órganos sexuales y metodología anticonceptiva. De este grupo se estudiaron dos subgrupos:
 - a) Madres adolescentes que finalizan el PREA-NATAL, en donde recibieron las pláticas de metodología anticonceptiva, lactancia e invitación al programa (Ver Anexo 1).
 - b) Madres adolescentes que, por lo menos, acudieron a 3 de 4 del PREA-POSTNATAL (Ver Anexos 2,3,4 y 5).

2. Educadoras del PREA-NATAL y PREA-POSTNATAL: De este grupo se estudiaron dos subgrupos:
 - a) Personal del Hospital de la Mujer (PREA-HOSPITAL). Participaron aquellas personas que fueron capacitadas para llevar a cabo el programa PREA-NATAL y PREA-POSTNATAL (4 enfermeras y 1 trabajadora sociales).
 - b) Personal del PREA-CORA. Participaron el personal del CORA que trabajó durante 4 años en el Hospital de la Mujer. Este grupo lo integraron 3 psicólogas, una doctora, una socióloga y 4 promotoras (estudiantes).

5.6 MUESTRA

La muestra estuvo integrada por 5 grupos focales y 10 entrevistas profundas que combinan las variables de edad, sexo y condición de contacto con el PREA-POSTNATAL.

La variable, el grado de contacto con el PREA fue determinante para la conformación de los grupos focales y entrevistas profundas y constituyen la unidad de análisis para el reporte de resultados.

De acuerdo a las 2 poblaciones a estudiar la muestra estuvo integrada por:

- * 10 entrevistas profundas aplicadas a las madres adolescentes que concluyan la fase informativa del programa.
- * 3 grupos focales, de 6 a 8 madres adolescentes cada uno, que concluyeron 3 a 4 sesiones del PREA-POSTNATAL
- * 1 grupo focal integrado por (9) participantes del personal PREA-CORA.
- * 1 grupo focal integrado por (6) participantes del personal PREA-HOSPITAL.

5.7 DISEÑO DE INVESTIGACION

Diseño no experimental, post-evaluatorio

5.8 TIPO DE INVESTIGACION

Transversal, de campo

5.9 NIVEL DE INVESTIGACION

Descriptiva de tipo cualitativo, no representativa.

5.10 INSTRUMENTOS

Siendo una investigación descriptiva de tipo cualitativo se utilizaron dos técnicas de recolección de datos:

a) Sesiones de Grupos focales (Greenbaum, 1988):

Consiste en:

- Una discusión grupal informal
- Guiada por un moderado basándose en una guía de discusión
- Cuyos datos son registrados por un observador y el uso de equipo como son grabadoras o videograbadoras.

Con el fin de conocer:

Las motivaciones, actitudes y comportamientos de los participantes acerca de un tópico específico (servicios, productos, materiales: promocionales, educacionales y de investigación).

Requisitos del grupo focal (Velasco, L. 1992):

- **Formados por 5 a 12 participantes** que deberán tipificar a la audiencia objetivo de estudio.
- **Duración:** Entre una hora y media a dos horas.
- **Homogéneos:** Los participantes deben ser similares; por lo menos deben ser homogéneos en términos de edad, sexo, grupo étnico, condición socioeconómica, área geográfica y estado civil.
- **Presencia de un moderador y uno o varios observadores:** El moderador será el encargado de guiar la sesión y obtener los datos necesarios para la investigación. El observador deberá registrar la dinámica grupal, opiniones, entre otros.

- **Guía de discusión:** Esta guía auxilia al moderador en la organización de sus ideas con el fin de asegurar que la conversación fluya de manera lógica y que se cubran todos los tópicos a evaluar. De esta forma, la guía permite flexibilidad para seguir las líneas de pensamiento de los participantes durante la discusión, sin descuidar los objetivos claves de la investigación. El moderador puede identificar nuevos elementos o hechos que surgen durante la discusión y evaluar su pertinencia con respecto a los temas que interesan. La guía no debe ser formulada o utilizada como un cuestionario en una entrevista, sino es sólo una guía en forma de resumen o principios generales para facilitar una rápida referencia durante la discusión. (VER CUADRO 4)
- **Otros requisitos:** Es importante considerar el local de la investigación en términos de su accesibilidad o adecuación. También es necesario contar con una grabadora y/o videograbadora. Por otra parte se recomienda ofrecer a los participantes refrigerios y si es posible, se les puede proporcionar un regalo para agradecer su asistencia y participación.

b) Entrevistas profundas (Patton M., 1980):

Consiste en:

- Una discusión individual informal
- Guiada por el entrevistador basándose en una guía de discusión
- Cuyos datos son registrados por el mismo entrevistador.

Con el fin de conocer.:

Las motivaciones, actitudes y comportamientos de los participantes acerca de un tópico específico.

Las principales diferencias entre un grupo focal y una entrevista profunda es que el primero permite la interacción de los participantes entre sí y se presenta el fenómeno de presión grupal factores que no se presentan en la entrevista profunda.

Guía de discusión:

Con base a los objetivos de la evaluación la guía de discusión que se utilizó en los grupos focales y en las entrevistas profundas fue la siguiente:

CUADRO 4

GUIA DE DISCUSION

1. Percepción de las adolescentes del programa:
 - 1.1 Pláticas y dinámicas. Explorar:
 - a) Utilidad
 - b) Interés
 - c) Comprensión
 - d) Novedad del tema
 - e) Incentivos preferidos
 - f) Duración
 - g) Necesidad de reducir o ampliar temas.
 - 1.2 Materiales de apoyo de pláticas y dinámicas. Explorar:
 - a) Atracción
 - b) Aceptación
 - c) Comprensión
 - d) Adecuación
 - e) Utilidad
2. Facilitadores y obstáculos para participar en el programa:
 - a) Duración de la plática
 - b) Horario de la plática
 - c) Transporte
 - d) Circunstancias actuales
3. Imagen del educador: Explorar cualidades y defectos

5.1 PROCEDIMIENTO

A. ENTREVISTAS PROFUNDAS A MADRES ADOLESCENTES QUE CONCLUYERON EL PREA-NATAL

■ Personal responsable:

Las entrevistas fueron realizadas por una sola persona de CORA (autora del presente trabajo), quien elaboró la guía de discusión utilizando los mismos parámetros utilizados para los grupos focales.

■ **Características de las entrevistadas:**

Mujeres menores de 18 años, que recibieron todas las pláticas del PREA-NATAL (invitación al programa POSTNATAL, lactancia y métodos anticonceptivos). Participaron aquellas muchachas cuyo bebé nació vivo. No se presentaron casos de violación o aborto.

■ **Reclutamiento:**

No hubo necesidad de reclutarlas ya que la entrevista fue individual y se llevó a cabo inmediatamente después de haber concluido el PREA-NATAL.

■ **Escenario:**

Las entrevistas fueron aplicadas en piso (en su cama), de manera individual. A pesar de que había otras pacientes en los cuartos, se procuró evitar lo más posible las distracciones, sin embargo, muchas chicas se encontraban cansadas o bajo la presión de bañarse o que se les diera de alta. Estos factores influyeron negativamente en la entrevista; se obtuvieron entrevistas rápidas sin la posibilidad de profundizar en ciertos aspectos.

■ **Incentivos:**

Se les motivó a participar diciéndoles que se intentaba mejorar el programa y que sus opiniones eran muy valiosas.

■ **Número de entrevistas y duración:**

Durante 3 días de estar en el hospital se hizo 10 entrevistas profundas. Cada una tuvo, aproximadamente, entre 8 a 10 min. de duración.

B. GRUPOS FOCALES A ADOLESCENTES QUE CONCLUYERON EL PREA-POSTNATAL

■ **Personal responsable:**

Para llevar a cabo los grupos focales se utilizó como moderador un psicólogo de CORA con amplia experiencia en la conducción de grupos, el cual se familiarizó con la guía de discusión elaborada para este estudio. También participó un observador (autora del presente trabajo) quien estuvo encargado de registrar tanto las opiniones como la dinámica grupal. Otra persona de CORA colaboró para videgrabar las sesiones.

■ Características de los grupos:

En estos grupos sólomente participaron aquellas madres, menores de 18 años que, por lo menos, acudieron a 3 de 4 pláticas del PREA-POSTNATAL.

■ Reclutamiento:

Para poder llevar a cabo 3 sesiones de grupo focal para el componente postnatal, fue necesario reclutar a la muchachas durante un período de 6 semanas. Como el PREA-POSTNATAL se divide en 4 sesiones de 2 horas cada una durante dos semanas, se tenía que esperar dos semanas para poder reclutar a las adolescentes que concluyeran las 4 pláticas. Las 3 sesiones de grupo focal equivale a 3 grupos de las adolescentes que asistieron a la 4 plática del PREA-POSTNATAL y que, por lo menos, hubieran asistido a 3 de 4 sesiones del programa. Al concluirse la cuarta plática, se invitó a las adolescentes a participar en los grupos, al día siguiente. En la invitación se les mencionó que se estaba haciendo un estudio para mejorar el programa al cuál habían asistido por lo que estábamos muy interesados en oír los comentarios que ellas tuvieran al respecto.

■ Escenario:

Las sesiones de grupo focal se llevaron a cabo en el mismo aula donde se lleva a cabo el PREA-POSTNATAL, es decir, en consulta externa del Hospital de la Mujer. Durante las sesiones se evitó, lo más posible, interrupciones, ruidos o cualquier estímulo que provocara la falta de atención de las muchachas.

■ Incentivos:

Para motivar a las chicas a participar en los grupos focales, se les regaló una cobija o toalla para su bebé. También se les ofreció sandwiches, galletas y refrescos.

■ Número de grupos y número de participantes por grupo:

Se hicieron 3 grupos focales. Este número se seleccionó en función a la calidad de las respuestas; como la información obtenida en el tercer grupo era consistente con los otros grupos, se consideró que este número era el adecuado.

Se había pensado que cada grupo debería estar integrado por 8 a 12 personas, sin embargo, esto no fue posible debido al bajo porcentaje de captación que se presentó en el PREA-POSTNATAL. En el primer grupo participaron 8 adolescentes, en el segundo 8 y en el tercero 6. Debido a la diferencia en el número de participantes en cada grupo, la duración de estos también varió: el primer grupo duró 1 hr. 45 min., el segundo 1 hr. 30 min. y el tercero 1 hr.

C. GRUPOS FOCALES INVOLUCRANDO AL PERSONAL DEL PREA-CORA Y PREA-HOSPITAL

a. GRUPOS FOCALES DEL PERSONAL PREA-CORA

■ Personal responsable:

Debido a que en este grupo se involucró al personal de PREA-CORA, se concluyó que era importante que el personal se sintiera con toda la libertad para expresar sus opiniones; por esta razón, se evitó la presencia del personal de CORA encargado de la evaluación. El moderador y el observador de este grupo fueron personal de la Agencia Communitec. Las opiniones registradas que eran importantes para la investigación me fueron proporcionadas para poderlas codificar.

■ Características del grupo:

Personal del CORA trabajando en PREA (Natal y Postnatal), con una antigüedad de por lo menos 6 meses. Este grupo estuvo integrado por 3 psicólogas, una doctora, una socióloga y 4 promotoras (estudiantes).

■ Reclutamiento:

Para este grupo no se presentó problema alguno para reclutarlos; todas estaban dispuestas a participar, ya que tenían interés de mejorar la calidad del programa.

■ Escenario:

Este grupo se llevó a cabo en el Hospital de la Mujer, en el aula del PREA. Se evitó cualquier tipo de interrupción de la sesión.

■ **Incentivos:**

A este grupo no se les motivó a participar por medio de incentivos, sin embargo, se tuvo la precaución de tener sandwiches y refrescos para proporcionarles un ambiente cómodo.

■ **Número de grupos y número de participantes:**

Se hizo un grupo focal que abarcó todo el personal del PREA; con un total de 9 participantes. El grupo tuvo 1 hr. 35 min de duración.

b. GRUPOS FOCALES DEL PERSONAL PREA-HOSPITAL

■ **Personal responsable:**

Este grupo fue guiado, observado y videograbado por el personal de CORA.

■ **Características del grupo:**

En este grupo participaron personal exclusivamente del Hospital de la Mujer: tres enfermeras, una trabajadora social y la jefa de trabajo social. Una de las enfermeras y la trabajadora social fueron nombradas las responsables del programa PREA. Todas las integrantes de este grupo han sido capacitadas para asimilar el programa PREA (Natal y Postnatal), independientemente de que sólo dos de ellas se dediquen exclusivamente al programa.

■ **Reclutamiento:**

Para este grupo tampoco se presentó problema alguno para reclutarlos; todas estaban dispuestas a participar porque tenían interés en mejorar la calidad del programa.

■ **Escenario:**

Este grupo también se llevó a cabo en el aula del PREA. Se realizó inmediatamente después de haber realizado el grupo focal del personal del PREA.

■ **Incentivos:**

Al igual que al grupo anterior, se les proporcionó sandwiches y refrescos para favorecer un ambiente agradable.

■ Número de grupos y número de participantes:

Sólamente se llevo a cabo un grupo focal. Fueron 5 participantes, todas ellas habían sido capacitadas para asimilar el programa. La duración del grupo focal fue de 1 hr. y 30 min.

RESUMEN DE METODOLOGIAS UTILIZADAS EN EL ESTUDIO Y SUS PARAMETROS: POBLACION, ESCENARIO, INCENTIVOS Y DURACION				
COMPONENTE	POSTNATAL	NATAL Y POSTNATAL	NATAL Y POSTNATAL	NATAL
TECNICA Y No.	GRUPO FOCAL (3)	GRUPO FOCAL (1)	GRUPO FOCAL (1)	ENTREVISTAS (10)
PERSONAL EVALUADOR	GRUPO CORA	GRUPO COMMUNITEC	GRUPO CORA	CORA
POBLACION	MADRES ADOLESCENTES (N = 22)	PERSONAL PREA-CORA (N = 9)	PERSONAL HOSPITAL (N = 6)	MADRES ADOLESC. (N = 10)
ESCENARIO	AULA PREA	AULA PREA	AULA PREA	CAMAS
INCENTIVOS	COBIJA SANDWICHES REFRESCOS GALLETAS	SANDWICHES REFRESCOS GALLETAS	SANDWICHES REFRESCOS GALLETAS	
DURACION	2 SESIONES COMPLETAS Y 1 MICROSESION	SESION COMPLETA	SESION COMPLETA	8 - 10 MIN

5.12 ANALISIS DE DATOS

Al finalizar la totalidad de las sesiones se realizó un análisis a profundidad de los datos obtenidos de los grupos focales y entrevistas profundas registradas por el observador, el moderador y el entrevistador así como las videograbaciones. La información se codificó de acuerdo con las siguientes categorías:

I. Contenido temático del PREA-POSTNATAL:

- Utilidad del programa
- Nuevo conocimiento
- Modificación de conducta
- Aceptación
- Comprensión
- Duración
- Horario
- Incentivos
- Profesorado

II. Materiales educativos PREA-POSTNATAL:

- Aceptación
- Atracción
- Comprensión
- Utilidad

III. Facilitadores y obstáculos en el aprendizaje de la información recibida

IV. Facilitadores y obstáculos para asistir al PREA-POSTNATAL

V. Modificaciones al programa y materiales educativos propuestos por las poblaciones de estudio.

VI. Facilitadores y obstáculos en la capacitación del personal del hospital en el programa

RESULTADOS

6.1. ENTREVISTAS PROFUNDAS A LAS ADOLESCENTES QUE CONCLUYERON EL PREA-NATAL

Los resultados se presentarán resumidos en las siguientes categorías:

1. Aceptación de las pláticas
2. Nuevo conocimiento
3. Comprensión del contenido
4. Duración de las pláticas
5. Materiales educativos
6. Profesorado
7. Facilitadores y obstáculos en el aprendizaje de las pláticas
8. Facilitadores y obstáculos para asistir al programa PREA-POSTNATAL

1. Aceptación de las pláticas

Todas las chicas aceptaron las dos pláticas pero la que más les gustó fue la de lactancia porque está relacionada a su situación actual: "Se refieren a mi bebé y ahorita es lo que más me importa". "No tengo ni idea de cómo ser madre". "Me interesa porque ahora soy madre".

En relación a la plática de métodos anticonceptivos, comentan que les gustó porque: "No conozco de métodos y me pusieron el aparato y no sé qué se hace". "Me dijeron poco de métodos en el hospital". "Los métodos me pueden ayudar a no embarazarme". "Saliendo de la escuela muchas muchachas se embarazan porque no tienen este conocimiento".

2. Nuevo conocimiento

La mayoría de las muchachas no habían oído hablar antes de métodos anticonceptivos o de lactancia y aquéllas que sí habían oído hablar de ellos refieren que recibieron poca información. Esta información la obtuvieron de su escuela, familiares o amistades.

3. Comprensión de las pláticas

La mitad de las chicas entendieron las dos pláticas. La otra mitad tuvo dudas, principalmente en la plática de métodos anticonceptivos porque consideran que es un "tema difícil" y porque necesitan que se les "repita la información, por lo menos, dos veces". También es un tema que les produce vergüenza, por lo que no preguntan sus dudas.

En la plática de lactancia quedaron dudas en relación a la colocación del bebé para amamantar: "cómo poner al bebé para que no le entre el aire".

Una muchacha, de bajo nivel académico (primaria incompleta) reporta no haber entendido nada porque "los temas eran muy difíciles".

También se observó que existe confusión en la información recibida referente a la invitación al PREA-POSTNATAL. Sólo 4 muchachas entendieron la información y 3 se imaginaron que: "se trata sobre enfermedades de la madre y el bebé", "de lo mismo que recibí pero con mayor información", del "apoyo psicológico y apoyo al estudio". Las chicas restantes no entendieron ni se imaginaron de qué podrían tratar las pláticas a las cuales se les invitó.

4. Duración de las pláticas

Las muchachas consideraron que la duración de las pláticas es adecuada ya que "no me aburren". Las razones que dieron fueron las siguientes: "Son de buen tiempo porque no dan demasiada información", "porque queremos las cosas rápidas y fáciles de entender", "porque tienen un buen desarrollo de los temas".

5. Materiales

El material utilizado en las pláticas fue atractivo para ellas:

"Nos ayudó a entender porque veíamos lo que nos estaban diciendo", "por los dibujitos", "por los colores" y "porque nos enseñaron y tocamos los métodos".

Sin embargo, al profundizar en la entrevista surgieron comentarios en relación al material de lactancia: "Tiene mucha información escrita y me cuesta trabajo leerla toda, además de que las letras son muy pequeñas". "Hay palabras en inglés y nosotras no entendemos inglés". "Las mamás y los bebés no son mexicanas".

6. Profesorado

Las opiniones de las adolescentes en relación al personal del PREA-NATAL fueron todas positivas:

- "Son amables", "chistosas", "alegres" y "agradables".
- "Explican bien", "claro" y "sencillo".

- "Me dio confianza; si hubiera tenido dudas se las hubiera preguntado".
- "Es preparada, sabe lo que está diciendo".
- "Son buenas personas", " nos ayudan y nos dan consejos".

7. Facilitadores y obstáculos en el aprendizaje de las pláticas

• *Facilitadores:*

El hecho de que en las pláticas se de información sobre el bebé, facilita el aprendizaje, ya que, en ese momento, su bebé es su principal preocupación.

Como el hospital les coloca el DIU o les pone la inyección, muchas muchachas están preocupadas por ello y la plática les ofrece la información que en ese momento requieren. Algunas de ellas no muestran mucho interés por este tipo de información pero, por lo menos, escuchan, por primera vez, acerca de los métodos anticonceptivos.

Los materiales facilitan el entendimiento de la plática ya que "ven lo que se les está diciendo".

• *Obstáculos:*

El principal obstáculo para la comprensión de las pláticas es la mala condición física en la que se encuentran algunas de las muchachas después del parto (principalmente a aquellas que les hicieron cesárea). Por otro lado, es la primera vez que muchas de las muchachas reciben este tipo de información. Esto obstaculiza la comprensión total de estos temas ya que son totalmente desconocidos por ellas. Sin embargo, a pesar de que la mayoría desconocía el tema de métodos anticonceptivos, se observó que aquellas que tenían un mayor nivel académico mostraban mayor interés por conocerlos.

FACILITADORES EN EL APRENDIZAJE	OBSTACULOS EN EL APRENDIZAJE
<ul style="list-style-type: none"> • Contenido relacionado con su situación actual. • Uso de materiales que les permite mayor entendimiento • Mayor nivel académico (secundaria) 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento del tema • Mala condición física • Bajo nivel académico

9. Facilitadores y obstáculos para asistir al PREA-POSTNATAL

De las 10 muchachas entrevistadas, 6 piensan o desean participar en la segunda fase; 3 no creen poder asistir y 1 no sabe si podrá asistir.

De las 6 muchachas que piensan asistir mencionan como facilitadores el hecho de poder traer a su bebé ("Me ayudó que me dijeran que podía traer a mi bebé"); el no tener problemas de tiempo, transporte o dificultades en que les den permiso.

De las muchachas que no creen asistir a la segunda fase o que no están seguras se ello, se encontró como principal obstáculo el hecho de que no comprendieran a qué se les invitó. También se encontraron otros obstáculos como: viven lejos, dificultades para transportarse, no tiene tiempo porque trabajan. Es importante el hecho de que necesitan conseguir que alguien las acompañe para poder regresar a al PREA-POSTNATAL; ya sea su mamá, hermana, pareja, prima. Otro obstáculo es el hecho que tienen que pedir permiso para asistir al programa: "Depende si mi pareja me da permiso de venir".

FACILITADORES PARA ASISTIR AL PREA-POSTNATAL	OBSTACULOS PARA ASISTIR AL PREA-POSTNATAL
<ul style="list-style-type: none"> • Llevan a su hijo • Invitan a acompañantes • Disponen de tiempo libre • Viven cerca • Pueden transportarse con facilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • No entienden a qué se les invita • No están suficientemente motivadas • No disponen de tiempo libre • Viven lejos • Dificultades para transportarse • Necesitan de la autorización de su pareja y/o familia

6.2. GRUPOS FOCALES A ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON EL EL PREA-POSTNATAL

Los resultados se presentarán resumidos en las siguientes categorías:

1. Utilidad del programa
2. Nuevo conocimiento
3. Modificación de conducta
4. Aceptación de las pláticas
5. Comprensión
6. Duración de las pláticas
7. Horario
8. Incentivos
9. Materiales
10. Profesorado
11. Ventajas y desventajas de la participación de la pareja y los familiares en el programa
12. Facilitadores y obstáculos en el aprendizaje de las pláticas
13. Facilitadores y obstáculos para asistir al programa.
14. Modificaciones del programa propuestas por las adolescentes en relación a materiales, duración y contenido.

1. Utilidad del programa

La información recibida en el programa ha sido puesta en práctica por las adolescentes. Es de utilidad porque "es una orientación para nosotras que apenas sabemos ser madres". La utilidad se refleja en todas las áreas del programa:

PLATICA	OPINIONES EN RELACION A LA UTILIDAD DEL PREA
Lactancia	"Suspendí la mamila porque le voy a dar pecho a mi hijo", "Del primero al cuarto mes le voy a dar pecho a mi hijo".
Cuidados del recién nacido	"Baño a mi bebé todos los días, antes lo bañaba cada tercer día". "Le di suero a mi bebé cuando le dio diarrea porque eso me dijo la doctora". "Antes tenía miedo que se me cayera mi bebé cuando lo bañaba, pero ahora ya no".
Estimulación temprana	"Fortalezco los músculos de sus piernas para que se desarrollen bien". "Juego y platico con él, hasta mi esposo ya platica con nuestro hijo".
Ablactación	"Ahora sé cómo alimentar a mi bebé, antes no tenía ni idea". "Suspendí el té porque no hay que darle tanta agua".
Métodos anticonceptivos	"Ya uso métodos para no volver a tener otro hijo". "Ahora ya sé cómo controlarme."
Vacunas:	"Nos explicaron cómo registrar a nuestro hijo, cómo obtener la cartilla y nos explicaron como usarla".
Toma de decisiones y planes hacia el futuro	"En mi casa tengo que decidir lo que tengo que hacer. Tengo que decidir si me caso o no. El ejercicio (dinámica) que vimos fue un ejemplo pero me sirvió".

2. Nuevo conocimiento

Varias de las chicas no habían oído hablar de la mayoría de las pláticas. Las pláticas menos conocidas fueron la de métodos anticonceptivos, estimulación temprana y anatomía y fisiología de los órganos sexuales. Sus familiares (madres, abuelitas y suegras) y amigas son las que les principalmente les informan en relación al cuidado del recién nacido. Para las muchachas que ya habían oído hablar sobre alguna de las pláticas, indicaron que no consideraban repetitivo la información, ya que les ampliaba y reforzaba su conocimiento.

GRADO DE CONOCIMIENTO	PLATICA	FUENTE DE INFORMACION
Desconocimiento o conocimiento muy deficiente	Organos sexuales Métodos anticonceptivos Estimulación temprana	Escuela Amigas Ninguna
Mayor conocimiento pero deficiente	Lactancia Vacunas Cuidados del niño Ablactación	Madres, abuelitas, suegras y, en ocasiones, el médico o la enfermera

3. Modificación de conducta

El programa ha sido aceptado por las adolescentes y esto se refleja en las conductas que han modificado a partir de que se integraron al programa. La modificación de conducta se refleja en cada una de las áreas del PREA-POSTNATAL: Aceptación de la alimentación al seno materno (substituyendo al biberón); mayor integración madre-padre-hijo; no sólo conocimiento sino uso de métodos anticonceptivos, así como su revisión médica periódica; búsqueda de mayor información adecuada para aplicarla al cuidado de su bebé; además de que empiezan a tomar sus propias decisiones y a planear su vida.

PLATICA	MODIFICACION DE CONDUCTA
Lactancia	"Yo creía que cualquier leche le servía a mi bebé pero aprendí que debe ser la de la mamá. Suspendí la mamila y ahora le doy pecho".
Cuidados del niño	"Al salir del hospital no sabía cuidar a mi bebé. Mi suegra lo cuidaba porque a mí me daba miedo, pero con la plástica empecé a cambiarle sus pañales". "Baño diario a mi bebé, antes lo bañaba cada tercer día".
Estimulación Temprana	"Juego, platico con mi bebé, ya hasta mi esposo platica con él". "Fortalezco sus músculos para que se desarrolle bien".
Ablactación	"Trato de no pelear a la hora de la comida". " Sé que no debo premiarlo con dulces".
Métodos Anticonceptivos	"Uso métodos para no embarazarme, si mi pareja no quiere usarlos, yo sí".
Vacunas	"Ya registré a mi hijo, saqué su cartilla y ya le pusieron su primera vacuna".
Decisiones y planes de vida	"Me siento más capaz de tomar mis decisiones. Antes hacía lo que los demás me decían". "No importa que me equivoque, el chiste es no volver a equivocarme".

Hay dos comentarios más que abarcan el total de lo recibido en el PREA-POSTNATAL:

"Me aumentaron los ánimos para sacar a mi hijo adelante"

"Siempre andaba en la calle y ahora esto me motivó a aceptar a mi hijo porque no lo quería. Aprendí que no hay diferencias entre tener a un niño o a una niña, a los dos se les debe querer por igual"

4. Aceptación de las pláticas

Los temas más aceptados fueron cuidados del recién nacido, ablactación, lactancia, estimulación temprana, toma de decisiones y planes de vida; ya que debido a la situación en la que se encuentran y debido a la carencia de conocimientos para afrontarla estos temas son de mayor impacto para ellas.

Hay temas que fueron aceptados por algunas chicas y otras que no los aceptaron. Estos temas son métodos y anatomía y fisiología de los órganos sexuales. Las opiniones reflejan que la aceptación de estos temas está relacionado con la comprensión de los mismos.

GRADO DE ACEPTACIÓN	PLÁTICA	MOTIVO
Gran aceptación	Lactancia Cuidados del niño Vacunas Estimulación Temprana Ablactación Toma de decisiones Planes de vida	Tienen estrecha relación con la situación por la que están pasando (ser madres)
Poca aceptación	Organos sexuales Métodos anticonceptivos	No relacionan las importancia de estos temas con su situación actual. Para algunas estos temas les causa vergüenza y miedo No integran la información de las dos pláticas Existen mitos en relación a estos temas

5. Comprensión

En general las chicas refieren haber comprendido todas las pláticas. Algunas tuvieron problemas en las pláticas de métodos anticonceptivos y de órganos sexuales. Esto es debido a 5 factores: 1. No tienen conocimiento previo de los temas lo cual provoca cierto rechazo a un nuevo conocimiento, 2. Generalmente son chicas de niveles académicos bajos, 3. No se les colocó el dispositivo en el hospital, por lo que no sienten que requieren este tipo de información, 4. Muchas de ellas niegan el volver a tener relaciones sexuales, por lo que también niegan este tipo de información y 5. Existen muchos mitos alrededor de estos temas. También manifestaron poca comprensión y dificultad en recordar la información en la plática de ablactación ya que consideran que es demasiada información la que reciben.

GRADO DE COMPRENSION	PLATICA	MOTIVO
Comprensible	Lactancia Cuidados del niño Vacunas Estimulación temprana Toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> • Gran aceptación por estas pláticas lo cual facilita su atención • Las consideran cortas, sencillas y amenas. • No son temas totalmente nuevos para muchas de ellas, lo cual facilita la comprensión.
Poco comprensible	Ablactación	<ul style="list-style-type: none"> • Demasiada información • No relacionan la introducción del nuevo alimento con los cambios neuro-musculares del niño.
Poco comprensible	Organos sexuales Métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Para muchas de ellas es un conocimiento totalmente nuevo. • Poco interés ya que no ven cómo este conocimiento se relaciona con su situación actual • Niegan volver a tener relaciones sexuales. • Tienen muchos mitos alrededor de estos temas. • Demasiada información y uso de términos técnicos complejos

6. Duración de las sesiones

El 100% de las muchachas opinaron que 2 horas para cada sesión es el tiempo adecuado para ver los contenidos teóricos y realizar las dinámicas, sin embargo, expresaron que algunas pláticas (órganos sexuales y anticoncepción) son largas y con excesiva información teórica.

7. Horario

El 100% de las chicas está de acuerdo que las pláticas empiecen a las 12:00am y que tengan una duración de 2 horas.

8. Incentivos

El incentivo que más les gustó fue el de la fotografía de ella y su bebé. Algunas mencionaron la bolsita de métodos anticonceptivos y la despensa. Ninguna mencionó los folletos que reciben en el PREANATAL. Consideran que no se debe de anular ninguno ya que "económicamente nos ayudan y si los retiran nos afectaría". Algunas mencionaron que los concursos por equipos en las pláticas también funcionan como incentivos.

9. Materiales

Los materiales que gustaron más fueron el de vacunas, cuidados del recién nacido y métodos. Las razones por las que les gustaron dichos materiales son: 1) les ayudó a entender las pláticas porque "veían lo que se les estaba diciendo en la plática. 2) porque los dibujos "estaban hechos a mano y con colores". 3) porque les gustó "ver y tocar los métodos anticonceptivos".

El material de lactancia fue criticado principalmente por tener mucha información escrita con letras pequeñas y porque es un material extranjero.

Hubo materiales como el de anatomía de los órganos sexuales que provocaron diferentes opiniones; a algunas les gustó y a otras no. A las chicas que no les gustó este material expresaron que se debía a que "no entendieron el tema" o que el material estaba "muy amontonado".

El material de estimulación temprana fue criticado principalmente por los dibujos: "Los dibujos no están bien hechos, los bebés tienen piernas de conejo y 4 dedos".

GRADO DE ATRACCION	MATERIAL	MOTIVO
MUY ATRACTIVO	Anticoncepción Vacunas	<ul style="list-style-type: none"> • Divertido • Dibujos reales y tiernos • Colorido • Permiten repasar la información
POCO ATRACTIVO	Lactancia Estimulación Ablactación Organos Sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Letras pequeñas, demasiada información escrita, no se identifican con los dibujos • Dibujos poco reales, desfigurados • Demasiada información. Les gustaría que se hiciera un juego para repasar la información. • "Muy amontonado", confuso • Poco colorido

10. Profesorado

Las opiniones de las adolescentes en relación a las educadoras de la segunda fase fueron todas positivas:

- "Dicen las cosas abiertamente".
- "Explican bien y sencillo".
- "Tienen paciencia".
- "Son preparadas".
- "Tienen buen sentido del humor, jugaban con uno, eran alegres"
- "Nos dan seguridad. Tenía más confianza y seguridad en hacerle caso a la doctora que a mi concuña".
- "Nos levantan los ánimos".
- "Permite que participemos y nos resuelven nuestras dudas".

Consideran que las nuevas conductoras del programa deben tener las mismas características que el personal de PREA y que deben de ser del sexo femenino porque "las mujeres nos entendemos mejor, nos daría pena que fuera un hombre".

11. Ventajas y obstáculos de los acompañantes a las pláticas:

Las opiniones fueron diversas en relación a este rubro. De las chicas que sí desean que participen familiares y las parejas mencionan que es una ventaja porque:

- "Las madres o las suegras pueden contarnos sus experiencias y podemos aprender de ellas"

- "Mi pareja debe aprender qué hacer con su hijo"
- "Mi mamá me dio confianza y pude preguntar todas mis dudas".

De las chicas que no desean que participen familiares y parejas mencionan las siguientes desventajas:

- "Me da pena preguntar porque hay hombres, si fueran puras mujeres no me daría pena"
- "A veces nos preguntan y la mamá o la suegra contestan por nosotros. No dejan que aprendamos"
- "Siento que se van a reír cada vez que pregunto".

De las chicas que no están a favor de los acompañantes mencionan que, por lo menos, en las pláticas de métodos y órganos sexuales no deben participar.

OPINIONES EN RELACION A LOS ACOMPAÑANTES (FAMILIARES Y/O PAREJAS)	
VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> • Comparten sus experiencias • Se sienten apoyadas • Permite que la pareja también aprenda 	<ul style="list-style-type: none"> • No permiten que participen • Tienen pena al preguntar sus dudas delante de ellos

12. Facilitadores y obstáculos en el aprendizaje de la información recibida en las pláticas

• *Facilitadores:*

El hecho de estar pasando por la experiencia del embarazo y de ser madres facilita el interés y el aprendizaje de la información recibida: "Ya había visto las partes del cuerpo en secundaria, pero, amplié aquí mi conocimiento. Dan diferentes modos de explicar. No es lo mismo tener hijos a no tener. Aquí nos explican en dónde se desarrolla el bebé".

Los materiales y las dinámicas agilizan las pláticas y ayudan a comprender la información recibida: "Los juegos y los materiales sirven para que no se nos olviden los temas y para fijarnos si lo hacemos bien o mal. También las pláticas se hacen divertidas".

El hecho de recibir parte de la información en pisos (PREA-NATAL) y después en el PREA-POSTNATAL les facilita el aprendizaje.

• *Obstáculos:*

El no recibir la información completa en el PREA-NATAL dificulta la comprensión de ésta: "A mí no me enseñaron la plática de métodos en pisos porque salí de cesárea. La información y los folletos se los dieron a mi mamá. No entendí la segunda plática. Serviría que me la enseñaran dos veces, que me repitieran la información".

La mayoría de las muchachas tienen miedo a preguntar sus dudas y esto dificulta su comprensión de la plática: "Soy tímida y cuando pregunto o me equivoco siento que todos se me quedan viendo, me da miedo y pena preguntar".

Algunas consideran que se da demasiada información en un día, por lo que se "debería dividir la información y verla en 8 días".

FACILITADORES EN EL APRENDIZAJE	OBSTÁCULOS EN EL APRENDIZAJE
<ul style="list-style-type: none">• La información se relaciona con su situación actual• Repetir la información en el PREA-NATAL y POSTNATAL• Uso de materiales educativos y dinámicas	<ul style="list-style-type: none">• No haber asistido al PREA-NATAL• Vergüenza y temor para preguntar sus dudas• Demasiada información para tan poco tiempo.

13. Facilitadores y obstáculos para asistir a las pláticas d e l PREA-POSTNATAL

Sólo dos personas de 22 manifiestan tener problemas para asistir al PREA-POSTNATAL. Entre los problemas que reportan están:

- a. Dificultades en el transporte,
- b. Residencia retirada del hospital y
- c. Clima, sobre todo en días lluviosos.

Las muchachas restantes consideran que el hecho de que se les permita traer a su bebé y a familiares a las sesiones facilita su asistencia. Consideran que las pláticas no interfieren con sus actividades y son una agradable manera de pasar su tiempo libre: "Tenemos tiempo, entre más tiempo esté, más aprendo y no me dedico a tener hijos. Mi esposo está de acuerdo a que vaya a las pláticas a aprender".

14. Modificaciones propuestas por las adolescentes:

- *Modificaciones a materiales:*

La mayoría de las adolescentes propusieron las siguientes modificaciones: Cambiar los dibujos y el color del material de órganos sexuales, ejemplificar más los cuidados del niño utilizando un muñeco y aumentando los dibujos, modificar los dibujos del rotafolio de estimulación temprana y proporcionar folletos llamativos.

MODIFICACIONES A LOS MATERIALES PROPUESTOS POR LAS ADOLESCENTES

- "Que pongan más dibujos de las partes del cuerpo. Además del dibujo general, haría varios para cada parte y especificaría su función. Los que están ahorita están amontonados y casi no se ven".
- "Ampliaría el tema con más dibujos, por ejemplo, dibujos de cómo imita el bebé a los padres".
- "En cuidados de los niños poner a un niño bañándolo, detallando, paso a paso o usar un muñeco.
- "Detallar, paso a paso o con un muñeco, cómo darle pecho al bebé".
- "Los folletos, si fueran a colores me llamarían más la atención".
- "Utilizar materiales didácticos para explicar el cómo cuidar el ombligo al bebé".
- "Cambiar los dibujos del material de estimulación temprana."

• *Temas propuestos por las adolescentes:*

Los temas que propusieron las muchachas se pueden agrupar en las siguientes categorías:

- Fecundación
- Desarrollo intrauterino
- Cuidados durante el embarazo
- Parto y complicaciones
- Cómo alcanzar sus metas

TEMAS PROPUESTOS POR LAS ADOLESCENTES

- "Cómo alcanzar nuestras metas y seguir adelante".
- "Cómo está el bebé por dentro". (En el vientre de la madre).
- "Cómo se desarrolla el bebé durante los 9 meses de embarazo".
- "Cómo nace un niño".
- "Por qué nos hacen cesárea".
- "Cuidados durante el embarazo".
- "Alimentación durante el embarazo".
- "Me gustaría que impartieran un tema sobre el rechazo del bebé dependiendo de su sexo. A mí me pasó, rechacé a mi bebé, pero con las plásticas aprendí a que no hay diferencias en tener a un niño o a una niña".

Al finalizar los grupos focales, se les preguntó a las chicas qué emociones o sentimientos les había dejado el programa. Dos comentarios reflejan las opiniones de la mayoría de ellas:

"Muchas personas no se interesan por uno. Muchas veces nos critican por habernos embarazado muy jóvenes y ustedes sí muestran interés por nosotras y nuestros hijos".
El programa "fue bonito, conocí y aprendí, pero, sobre todo, las conocí a ustedes (tanto a otras chicas como al personal); salgo muy contenta".

6.3. GRUPOS FOCALES DEL PERSONAL DEL PREA-CORA Y PREA-HOSPITAL

Los resultados se presentarán resumidos en las siguientes categorías:

1. Utilidad del programa
2. Nuevo conocimiento
3. Modificación de conducta
4. Aceptación de las pláticas
5. Comprensión
6. Duración de las pláticas
7. Horario
8. Incentivos
9. Materiales
10. Profesorado
11. Ventajas y desventajas de la participación de la pareja y los familiares en el programa
12. Facilitadores y obstáculos en el aprendizaje de las pláticas
13. Facilitadores y obstáculos para asistir al programa.
14. Modificaciones del programa propuestas por las adolescentes en relación a materiales, duración y contenido.
15. Obstáculos de la capacitación del personal del hospital

1. Utilidad del programa PREA

El personal del PREA-CORA considera que el programa es útil ya que, desde su inicio hasta la actualidad, ha sufrido varias modificaciones, porque se ha ido estructurando con base en las necesidades de las adolescentes detectadas a través de una serie de investigaciones: "Al principio el programa estaba más orientado a la sexualidad del adolescentes. Se realizaron una serie de trabajos que permitieron detectar el perfil de las adolescentes. De ahí se comenzaron a deslindar una serie de pláticas con el fin de apoyarlas y orientarlas en ese sentido. En estas detecciones se vio que había desconocimiento por parte de las chicas en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, que había problemas en cuanto a los cuidados que tenían con sus bebés y que la manera de trabajar con ellas iba a ser un poquito más a base de dinámicas y de una situación agradable para ellas en lugar de estar más de lado de gente que estuviera como protector y ellas escuchando. Se definieron una serie de cambios dentro de las mismas pláticas hasta que llegamos a éste. Fue mucho ensayo por parte de mucha gente".

El programa está estructurado de tal manera que en cada una de las fases se le proporciona a la chica información relacionada a las necesidades que en ese momento tiene. A medida que la chica atraviesa las diferentes fases del programa, la utilidad del PREA se incrementa y se profundiza.

En el PREA-NATAL se le proporciona información sobre lactancia y metodología anticonceptiva. Estos dos temas se seleccionaron ya que la chica, por su situación, requiere de información inmediata sobre cómo darle pecho a su bebé. La plática de método anticonceptivos se seleccionó ya que, si por algún motivo la chica no puede regresar al PREA-POSTNATAL, es necesario que se lleve esta información para así, conocer formas de evitar embarazos subsecuentes no deseados. También, en esta fase se detectó que era útil el "apoyo psicológico cuando hay situaciones de violaciones, abortos o muerte del bebé". Como estas pláticas se dan después del parto probablemente las muchachas "no captan todo pero ya les dejaste la semillita".

En el PREA-POSTNATAL se detectó que a las chicas les interesaba todo lo relacionado con su bebé por lo que se les está dando información sobre cuidados del recién nacido, ablactación, vacunas, lactancia y estimulación temprana. También se detectó que tenían poca apreciación por su persona, por lo que esto motivó al personal a intentar fortalecer su autoestima, a enseñarles a tomar sus propias decisiones y a plantearles nuevas alternativas para sus planes en un futuro. A su vez, se les proporciona más información sobre métodos anticonceptivos, objetivo principal del programa, para evitar futuros embarazos no deseados. En esta plática se detectó que muchas de ellas no aceptan los métodos, por lo que antes de darles información, se realizan dinámicas de aceptación. Una vez lograda la aceptación, se les da la información básica y, posteriormente, se les invita a que tomen su propia decisión en relación al método anticonceptivo que deseen usar tomando en cuenta 4 criterios: comodidad, efectividad, riesgo y uso o no uso durante la lactancia.

"También, en el PREA-NATAL se obtiene información de los familiares y la pareja. A ellos se les involucra en el programa, ya que se detectó que si ellos no aceptan el programa, no autorizan a la chica a asistir a él".

El personal del hospital ha empezado a ver la importancia del programa. Se ha concientizado de la problemática del embarazo en adolescentes y de la utilidad del PREA. "En este hospital se captan muchas madres adolescentes. Ahora sabemos que tienen problemas especiales. Ellas necesitan un programa de este tipo". También es útil porque se les "remarca su autoestima, se les ubica en cuanto a su problema y que no se desliguen de su responsabilidad. Se les enseña a que tienen otros horizontes. Se les enseña a que piensen en ellas y en su hijo".

2. Aceptación del contenido de las pláticas y las dinámicas

El personal del hospital mostró gran aceptación hacia el contenido de las pláticas y de las dinámicas: "Me gusta métodos anticonceptivos. Es sencilla, con una dinámica de grupo bonita. En sí, todos los temas me gustan". "A mí me tocó dar planes de vida y observé la reacción del grupo en cuanto al programa y lo que habían aprendido. Pienso que hay temas pesados como órganos sexuales, pero toda la trama de los temas está bien. Las adolescentes salen contentas. Me emocionó ver esto".

Sin embargo mencionan que "si nos toca un grupo poco participativo, es muy difícil dar amablemente los temas, principalmente en las dinámicas de autoestima, planes de vida y toma de decisiones y esto provoca que sean aburridas y repetitivas". Asimismo mencionan que "hay chicas que no pueden captar las historias que les leemos y esto hace que tengamos que estárselas repitiendo, lo cuál hace cansada la dinámica".

3. Duración de las pláticas

Hubo algunas enfermeras que consideraron la duración de las pláticas como un problema: "Dos horas se me hacían tediosas. Hay que reducirlas. No sé qué tanto captan las muchachas. Creo que se debe a que a veces se alargan. Hay que hacerlo más práctico. No se puede abarcar mucho en cuatro sesiones".

Las demás consideraron que "el tiempo está bien. A nosotras se nos prolongó porque no tenemos la experiencia para manejarlos. No se me hacen tediosas".

Sin embargo, algunas mencionan que "las pláticas de métodos anticonceptivos y órganos sexuales son largas porque se quiere dar demasiada información a la adolescente"

4. Materiales

El personal del PREA-CORA-HOSPITAL mencionan que los materiales han sido modificados varias veces hasta llegar a los borradores finales. Consideran que son "útiles, fáciles de entender y traen la información mínima indispensable". Sin embargo, algunas consideran que hay materiales que están "saturados de información" como es el caso del material de ablactación y, que algunos "presentan imágenes no reales" o, "los dibujos no está bien hechos"; como es el caso del material de estimulación temprana. También mencionan que debe de hacerse "más atractivo el material de órganos sexuales" y diseñarse un nuevo material de lactancia que permita que "las chicas de identifiquen con los dibujos".

5. Incentivos

El personal del PREA considera que los incentivos son necesarios porque atraen a las chicas al programa. Se les da a las muchachas vales de despensa, bolsa de métodos anticonceptivos (para aquellas que no obtuvieron un método en el hospital). También "se les invita a la segunda reunión que vengan superguapetonas porque se les va a tomar la foto con su bebé. Luego viene cada bebé superguapetón. Como que sí les atrae a las chicas". "Se les entrega su despensa y para cerrar con broche de oro se les entrega un diploma de reconocimiento, se saca la foto grupal y se les invita a continuar en el DIF e IMSS en el submodelo Círculos y Clubes de Madres Adolescentes".

6. Profesorado

El personal del PREA-CORA opina que ellas han "aprendido a querer el programa, al personal del hospital no se le ha dado esa oportunidad". Consideran que hace falta la sensibilización de algunas enfermeras y trabajadoras sociales con respecto al programa. A pesar de esto, "las 2 personas responsables del PREA, de alguna manera han logrado captar la importancia del programa, les interesa, creen que es importante y que la pueden hacer". Esto se refleja en el comentario que hizo la enfermera responsable del programa: "En lo particular me motiva. Cambio de actividad y me motiva el trabajar con adolescentes. Tengo ganas de hacer protocolos de investigaciones y presentarlas en las jornadas de enfermería".

7. Facilitadores y obstáculos para asistir al PREA-POSTNATAL

El personal del PREA considera que sí se motivó lo suficiente a las chicas en pisos, existe una alta probabilidad de que las chicas regresen.

Opinan que hay varios obstáculos que impiden que las adolescentes regresen. En primer lugar, si vienen de diferentes estados de la República no van a regresar. De las chicas que provienen del Distrito Federal o estados cercanos a él, el 30% no regresan por la distancia y el costo del transporte, el 25% porque no les dan permiso y el 15% porque no tienen tiempo ya que trabajan.

9. Modificaciones a los materiales

El personal del PREA-CORA propone las siguientes modificaciones a los materiales:

- "Mejorar la calidad del material pero no modificar la información".
- "Ajustar el material de ablactación para transmitir el mensaje sin que se vea saturado".

- "Ha quedado en el aire que la foto se acompañe con material que les sirva de retroalimentación en algún tema como, por ejemplo, estimulación temprana u otro tipo de información. Algo que tuviera permanentemente a la vista. Esto es para que toda la información que demos vaya muy relacionada con el material".
- "Mejorar los dibujos de estimulación temprana, que sean dibujos más reales".
- "Utilizar un rotafolio de lactancia en donde los dibujos representen a muchachas mexicanas para que las adolescentes puedan identificarse con ellos".

El personal del PREA-HOSPITAL considera que se debe de mejorar la calidad y el diseño del material para que "sean más resistentes, fáciles de transportar y de usar". Consideran que ocupan mucho tiempo para preparar el material antes de cada plática "porque tenemos que estar pegando diurex a cada tarjetita". También consideran que se debe de unificar el tamaño de las láminas para que puedan transportarlas fácilmente. Asimismo, mencionan que "tienen dificultades en encontrar un lugar en el hospital para guardar el material y protegerlo" por lo que sugieren que se les de "un portafolio o algo similar".

10. Modificaciones a las pláticas

Una de las enfermeras sugirió cambiar la plática de autoestima (planes de vida) al principio de las 4 sesiones porque opina que esto puede motivar a las chicas a asistir a las reuniones siguientes. En relación a esta sugerencia, otra enfermera opinó que se debería "valorar bien este cambio ya que percibía que al principio a las chicas les interesa más su hijo y eso las motiva a regresar. En caso de tener que modificar la secuencia de las pláticas, se podría dar la plática de autoestima y la plática de cuidados del recién nacido en la primera sesión".

11. Obstáculos de la capacitación

El personal del PREA-CORA mencionó como obstáculos los siguientes:

- "Se capacitó a trabajadoras sociales y a enfermeras durante dos semanas y, ahora, se les ha integrado a otros programas del hospital. Se ha perdido el esfuerzo de la capacitación".
- "La capacitación ha sido precipitada y no se le ha dado la oportunidad al personal del hospital a que se involucre en el programa"
- "Algunas lo ven como una carga más de trabajo".
- "La gente no está bien preparada, le falta información y práctica".

El personal del PREA-HOSPITAL reporta como obstáculos de la capacitación los siguientes:

- Desconocen las etapas del programa, principalmente lo referente a la captación del PREA-NATAL. Ignoran la estructura completa del PREA. "No sé cómo hacen la captación, sé que hay un aula en el tercer piso pero no nos hemos pegado al personal para ver qué hacen".
- Tienen dificultades para "transmitir el contenido de las pláticas a un lenguaje que sea accesible para la adolescente, principalmente en las pláticas de órganos sexuales y métodos anticonceptivos".
- No tienen "idea de las metas que hay que seguir".
- El personal del hospital se siente confundido en relación al papel que deben de desempeñar en el PREA: "Hay confusión en quién va a coordinar el PREA. Me nombraron a mí; no sé cómo le voy a hacer, cuáles son mis funciones. No sé si va a haber una sola coordinadora o una por cada área del hospital".

Sin embargo, a pesar de estos obstáculos consideran que existe personal en el hospital que sí está motivado, que "han logrado captar la importancia del programa". Los motiva el hecho de "cambiar de actividad....trabajar con adolescentes y poder hacer protocolos de investigación". Consideran que el PREA debe de tomarse como "parte del trabajo y no como una carga más".

OBSTACULOS EN LA CAPACITACION DEL PERSONAL DEL HOSPITAL EN EL SUBMODELO PREA

OPINIONES DEL PERSONAL:

PREA-CORA

- Falta sensibilizar y motivar
- Corta capacitación teórica y práctica
- No hubo selección del personal a capacitar
- Fuga de personal capacitado

PREA-HOSPITAL

- Desconocen el submodelo PREA en su totalidad: objetivos, actividades, personal responsable, tiempos, contenidos, sistemas de referencia y contrarreferencia, etc.
- Capacitación precipitada
- Dificultad en el manejo de contenidos y en la forma de transmitirlos a la madre adolescente.
- Confusión en relación al papel que cada quien debe desempeñar

DISCUSIONES

Los resultados demuestran que el programa PREA tiene aspectos muy positivos en relación a su diseño y efectividad, sin embargo, el estudio también reflejó la presencia de ciertos obstáculos o dificultades que deben de ser modificados para que el programa logre su máxima efectividad.

En esta sesión se discutirán cuáles son los beneficios y las dificultades manifestadas por las madres adolescentes y las educadoras en relación al programa PREA. Posteriormente se pondrán las posibles modificaciones al mismo.

8.1 OPINIONES DE LAS MADRES ADOLESCENTES

A. BENEFICIO DEL PROGRAMA PREA

Para las madres adolescentes, los resultados reflejan que el programa PREA es:

■ **Util:**

Cada componente está diseñado para proporcionar información relacionada a sus necesidades reales y sentidas. Para muchas de las adolescentes, es la primera vez que tienen un hijo. Los temas relacionados a la puericultura son de mayor utilidad para ellas.

■ **Aceptado:**

Esto se refleja en las conductas que han modificado a partir de que se integraron al programa. Estas modificaciones se manifiestan en cada una de las áreas del programa, por ejemplo: Aceptación de la alimentación al seno materno (substituyendo el biberón); mayor integración madre-padre-hijo; no sólo conocimiento sino uso de métodos anticonceptivos, así como su revisión médica periódica; búsqueda de mayor información adecuada para aplicarla al cuidado de su bebé; además de que empiezan a tomar sus propias decisiones y a planear su vida.

■ **Accesible:**

En horario y duración de las pláticas.

■ **Motivante:**

Se tratan temas relacionados a su rol como madre, pero también se tratan temas relacionados a su rol como mujer; se les enseña a tomar sus propias decisiones y a establecerse metas en su vida. Asimismo se les proporcionan incentivos que las ayudan económicamente.

■ **Sensible a sus necesidades:**

Se les proporciona espacios, contenidos temáticos, materiales y técnicas educativas dirigidos específicamente a ellas. Asimismo, los educadores son capaces y muestran preocupación e interés por ellas y sus bebés.

■ **Divertido:**

Mediante técnicas dinámico-participativas (juegos), aprenden y comparten sus experiencias con otras madres de su misma edad.

B. DIFICULTADES

Las opiniones de las madres adolescentes reflejan que tienen dificultades en 3 áreas:

1. **Comprensión de la información proporcionada:**

Los resultados indican que las muchachas no comprenden toda la información que se da en el programa, tanto en el componente natal como en el postnatal. Esto se debe a que tienen dificultades en:

- **Relacionar la utilidad de la información con su situación actual (ser madres).** Esto ocurre principalmente en las pláticas de órganos sexuales y métodos anticonceptivos, en donde, se les exponen estos temas de una manera aislada, por lo que no se motivan en conocer sus cuerpos, en conocer cómo es que se embarazaron, cómo se desarrolló su bebé y cómo pueden evitar embarazos no deseados en un futuro. En la plática de métodos se les informa de diferentes anticonceptivos pero no se enfatiza por qué es necesario y qué ventajas tiene el pensar en el futuro y saber planear la familia.
- **Recordar y aprender toda la información.** Esto ocurre ya que para muchas de ellas es la primera vez que reciben este tipo de conocimiento lo cual les dificulta su aprendizaje. Asimismo, se les da excesiva información utilizando muchas palabras técnicas, principalmente en las siguientes pláticas:
 - **Organos sexuales:** Se les habla de los diferentes órganos: sus nombres y sus funciones. No es necesario que se aprendan todos los nombres de los órganos y las funciones de cada uno. Lo importante es que tengan una idea general de por qué ocurre la menstruación, la ovulación, la fecundación; en dónde crece y se desarrolla el bebé, por dónde sale en el momento del parto y, cómo van a funcionar los métodos anticonceptivos en su cuerpo, principalmente para esclarecer todos los mitos en relación a ellos.

- **Métodos anticonceptivos:** Se les informa acerca de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos (muchos de los cuales, por su edad no van a utilizar) se les habla acerca de su efectividad, manera de actuar, manera de usarlos, ventajas y desventajas de cada método y efectos colaterales (principalmente relacionados con la lactancia).
- **Ablactación:** Se les platica acerca de cuáles alimentos y cuándo se le deben ofrecer al niño durante el primer año de vida. Esta información es difícil que la recuerden ya que 1. No relacionan la introducción del alimento con los principales cambios neuromusculares que va presentando el niño (cambios en el fortalecimiento de los músculos del cuello, espalda; aparición de dientes) por lo que no se les está enseñando a razonar sino a memorizar la información y 2. Se les especifica, mes por mes, los alimentos que deben introducir, lo cual es tedioso y difícil de recordar para cualquier madre a cualquier edad, incluso para aquéllas con niveles académicos superiores.

■ **Integrar la información recibida:**

No relacionan la información recibida de la plática de órganos sexuales con la de métodos anticonceptivos. A su vez, no relacionan la utilidad de la información de la plática de métodos anticonceptivos con las pláticas de toma de decisiones y planes de vida. Asimismo, no han logrado captar cómo la información recibida de las pláticas de ablactación y estimulación temprana está en estrecha relación con los cambios neuromusculares que se van presentando en el niño.

■ **Concentrarse y atender:**

Para muchas muchachas, el concentrarse y poner atención por largo tiempo es sumamente difícil. Esto se acentúa en el PREA-NATAL ya que este programa interviene durante las 24 a 48 horas que la chica está en el hospital después de haber tenido su parto. A muchas de ellas se les tuvo que hacer cesárea por lo que realmente se encuentran en una mala condición física para recibir información. Es por esta razón, que muchas adolescentes no comprenden toda la información dada en el PREA-NATAL.

Asimismo, en el PREA-POSTNATAL presentan dificultad en atender y entender las historias que se les leen para la plática de toma de decisiones. Son historias relativamente largas y no se utiliza un apoyo visual.

■ **Preguntar sus dudas:**

Muchas veces, las muchachas tienen miedo o vergüenza de preguntar sus dudas. Esto se da especialmente en las pláticas de métodos anticonceptivos y órganos sexuales ya que se les ha enseñado que son temas "prohibidos" por lo cual se les dificulta hablar de estos.

Asimismo, esta situación se presenta en las pláticas de toma de decisiones y planes de vida, ya que se tratan temas como relaciones sexuales, comunicación de pareja, métodos anticonceptivos. La dificultad en preguntar sus dudas en estas pláticas se acentúa por la presencia de familiares y de parejas.

2. Diseño y contenido de los materiales educativos:

Las adolescentes encontraron como principales obstáculos en los materiales los siguientes:

■ **Poco atractivos:**

Los materiales más criticados en este rubro fueron:

- **Folletos:** Se les entrega en el PREA-NATAL una serie de folletos acerca de los métodos anticonceptivos. Debido a la falta de presupuesto, estos folletos son copias fotostáticas de los originales elaborados por otra institución. El contenido está dirigido a la población en general y no específicamente a la población adolescente. La falta de color y el contenido no son atractivos para las muchachas por lo cual no los leen.

- **Material de órganos sexuales:** Consideran que el color de este material es muy tenue, por lo que no se distinguen los diferentes órganos y da la impresión de estar muy "amontonado".

■ **Dibujos irreales:**

El material de estimulación temprana fue altamente criticado en este punto. Consideran que los dibujos de los bebés están deformados por lo que rechazan el material.

■ **Excesiva información:**

Los materiales más criticados en este aspecto fueron:

- **Lactancia:** El material utilizado para esta plática es un material extranjero, por lo que la información viene escrita en dos idiomas (inglés y español). Esto provoca que cada lámina de la impresión de tener demasiada información.

- **Ablactación:** Este material es uno de los de mayor tamaño ya que muestra los diferentes alimentos que se van ofreciendo al bebé durante todo su primer año. Es un material que a simple vista cansa por la cantidad de divisiones y subdivisiones que tiene y da la impresión de que se trata de un tema muy complicado.
- **Letras pequeñas:**
Este problema se presenta principalmente en el material de lactancia. Es difícil distinguir las palabras a distancias mayores de un metro.
- **No permiten que la adolescente se identifique con los dibujos:**
Esto ocurre principalmente en dos materiales:
 - **Estimulación temprana:** Los dibujos en este material fueron criticados por falta de realismo. En este tema se le enseña a la madre cómo con palabras, juegos y afecto pueden estimular a su hijo para que se desarrolle adecuadamente y es de suma importancia para aquellas adolescentes cuyo embarazo no fue deseado, ya que se trata de reforzar el vínculo madre-hijo. Si el material no permite que las muchachas se identifiquen con él, es muy probable que tampoco puedan identificarse con su rol de madre.
 - **Lactancia:** Los dibujos ejemplifican rasgos de bebés, madres, padres, abuelos, etc. de países desarrollados (Estados Unidos, países europeos y orientales), sin embargo, no muestran rasgos de la cultura mexicana por lo que esto provoca que la adolescente no se identifique con él.

3. Continuidad en el programa:

Las adolescentes manifiestan como principales obstáculos para asistir al programa:

- Comprender a qué se les invita
- Necesidad de que su familia y/o pareja le de autorización para asistir
- Dificultades en el transporte
- No disponer de tiempo libre

Los primeros dos obstáculos pueden resolverse, sin embargo, los otros dos no.

En la invitación para asistir al programa se tratan temas relacionados con: Qué es CORA y qué es el PREA; con sus fases, y cada una de sus actividades. Con la mala condición física con la que se encuentra la adolescente en ese momento, es muy difícil que comprenda tanta información.

Hay veces que la educadora no se pone en contacto con los familiares y/o pareja, en el momento de alta de la muchacha o cuando la van a visitar, por lo que no se les informa acerca del programa y se les motiva a asistir. El suspender esta plática con familiares puede ser un gran obstáculo para que la chica regrese al programa.

8.2 OPINIONES DEL EDUCADOR DEL PREA

A. BENEFICIOS DEL PROGRAMA

El educador del PREA opinó que el programa es:

- **Util y necesario:**
Han tomado conciencia de la problemática del embarazo en adolescentes y la necesidad de programas que, además de reducir la cantidad y frecuencia de embarazos no deseados, apoyen a la adolescente en su desarrollo bio-psico-social, en su rol como madre, mujer y pareja.
- **Dirigido específicamente a las necesidades de la población adolescente:**
Los contenidos temáticos y técnicas educativas están diseñadas especialmente para las necesidades de la población adolescente. El PREA tiene como característica el informar y educar a la madre adolescente de una manera dinámica, es decir, mediante el juego.
- **Motivante:**
El PREA es un programa de carácter humanitario, con la idea de apoyar y ayudar a las madres adolescentes para que logren un mejor desarrollo. Las diferentes reacciones expresadas por las adolescentes en relación al PREA es el principal incentivo que recibe la educadora en torno al programa.

B. DIFICULTADES DEL PROGRAMA

1. Contenido y dinámicas:

Las educadoras opinan que muchas de las pláticas no son comprendidas en su totalidad por las mismas razones expuestas por las adolescentes.

Sin embargo consideran que existen otras dificultades en los contenidos temáticos y técnicas didácticas que les inquietan:

- **Duración:**
Consideran que existen pláticas cuya duración es larga debido a que necesitan ese tiempo para proporcionar a la adolescente toda la información. Esto ocurre principalmente en las pláticas de órganos sexuales y métodos anticonceptivos. Ello provoca que estas pláticas se vuelvan cansadas para las muchachas.
- **Manejo de las dinámicas:**
Les cuesta trabajo manejar las dinámicas de "Alimento para el Alma" y la de "Entrevista a 10 años" en grupos poco participativos ya que se vuelven aburridas y repetitivas. Muchas veces las adolescentes no participan porque se les dificulta visualizarse en el futuro, y esto se acentúa cuando las preguntas que se les hacen no se relacionan con su situación actual.

2. Diseño y contenidos de los materiales:

Al igual que las madres adolescentes, las educadoras consideran que los materiales de órganos sexuales, lactancia, ablactación y estimulación temprana deben modificarse en su diseño y contenido. También expresaron que algunos materiales son difíciles de manejar por su tamaño (ablactación) o por su forma (métodos anticonceptivos). Asimismo, consideraron que los materiales se maltratan por su constante uso.

3. Continuidad de la adolescente en el programa:

Consideran que el éxito del programa depende de que las muchachas continúen el programa. Sin embargo, se les presentan las siguientes dificultades:

- **Motivar a la adolescente a que asista al programa:** Debido a la mala condición física en la que se encuentran algunas muchachas, las educadoras consideran que es difícil motivarlas. Sin embargo, la educadora rara vez platica y escucha a la adolescente, es decir, la invita pero no conversa con ella. Esto puede ser un obstáculo para motivar a la muchacha a asistir ya que ella puede detectar falta de interés por parte de la educadora.
- **Transmitir la información de una manera atractiva:** En la invitación se maneja mucha información acerca de lo que es CORA y PREA. Parte de la información puede ser atractiva para la madre adolescente, sin embargo, no se enfatiza ésta. Por otro lado, no se utiliza material visual que pueda ayudar a la comprensión de la información.

4. Capacitación:

Las educadoras consideran que ha sido corto el período para su capacitación teórica y práctica en el programa. No se sienten con los conocimientos necesarios para llevarlo a cabo sin el apoyo del personal de CORA. Desconocen:

- **Características bio-psico-sociales del adolescente**
- **La problemática del embarazo en adolescentes**
- **El submodelo PREA en su totalidad:**
 - Componentes (prenatal, natal y postnatal)
 - Objetivos
 - Actividades de cada componente
 - Contenidos
 - Sistemas de referencia
 - Incentivos
 - Materiales educativos
 - Formas de registro
 - Personal para cada componente
 - Papel que desempeñan y descripción de sus funciones
- **La forma de transmitir la información a un lenguaje accesible para la madre adolescente**

8.3 MODIFICACIONES

Los resultados indican que deben hacerse modificaciones en 4 áreas para mejorar la efectividad del programa:

1. Contenido y técnicas educativas:

- **Información:**

Se detectó que es demasiada la información que se le da a la madre adolescente en algunas pláticas del PREA-NATAL y del PREA-POSTNATAL. Esto provoca que estas pláticas se hagan largas lo cual cansa a la muchachas. Para solucionar esto se recomienda:

 - **Redefinir objetivos:** Identificar qué es lo que se espera lograr con las pláticas.
 - **Identificar los mensajes básicos:** Una vez identificados los objetivos es necesario detectar los mensajes básicos que la adolescente debe aprender sobre cada tema.

■ **Relación de los temas con la situación actual de la adolescente**

Muchas veces las adolescentes no muestran interés por algunas pláticas debido a que no ven su utilidad inmediata. Sin embargo, el temario del PREA está basado en diferentes investigaciones y cada plática responde a los objetivos del programa. Por lo tanto, para solucionar esto se recomienda:

- **Renombrar las pláticas y dinámicas:** Es decir, modificar los nombres de las pláticas y de las técnicas educativas para que la adolescente, con el solo nombre, sepa por qué es importante el tema y se motive a escucharlo. Por ejemplo, en lugar de "Estimulación Temprana" utilizar el nombre "Jugando aprende mi bebé", en lugar de "Conociendo nuestros órganos sexuales", nombrarla "Conociéndome Mejor", en lugar de "Métodos Anticonceptivos", utilizar "Planeando mi familia".
- **Modificar la secuencia de las pláticas:** Uno de los objetivos del PREA es ayudar a la adolescente a que asuma su rol como madre, mujer y pareja. Es de esperar que la muchacha, en este momento, le interese más su rol como madre. Por esta razón es necesario modificar la secuencia de las pláticas. Empezar con todo lo relacionado a ella y su bebé, en lugar de empezar con órganos sexuales, y posteriormente hablar de su relación con sí misma y con su pareja o sociedad, pero intentando que de alguna forma se establezcan estas relaciones sin excluir a su hijo.
- **Enfatizar la relación y utilidad del contenido de las pláticas con la situación actual de la adolescente:** Es decir, en la plática de métodos anticonceptivos es importante enfatizar cómo, al planear la familia, van a tener más tiempo para cuidar a su bebé; en la plática de planes de vida, es importante que el tema gire alrededor de su hijo (cómo lo van a sostener económicamente, qué necesidades va a tener cuando cumpla 5 años, etc) ya que esto les va a facilitar el poder ver hacia el futuro.

■ **Integración de los temas:**

Uno de las principales dificultades encontradas es que las muchachas ven cada plática de manera aislada y no logran integrar el contenido de las pláticas entre sí. Por ejemplo, no integran la información recibida en la plática de órganos sexuales con la de métodos anticonceptivos; ni la importancia del desarrollo neuromuscular del niño con las pláticas de ablactación y estimulación temprana. Para solucionarlo se propone:

- **Elaborar nuevos contenidos temáticos que sean el punto de integración entre una plática y otra:** Es decir, diseñar una plática que exclusivamente hable de la integración de la plática de órganos sexuales y la de anticonceptivos (en este caso tratará sobre cómo actúan los métodos anticonceptivos en el cuerpo de la mujer) y diseñar otra plática que hable exclusivamente del desarrollo del niño para que la muchacha logre integrar este conocimiento en las pláticas de ablactación y estimulación.

- **Comprensión de los temas:** Otros factores que afectan la comprensión de los temas son la falta de dinámicas efectivas que le permitan a la adolescente participar y repasar la información de una manera amena; falta de materiales que le permitan ver e identificarse con lo que se les está informando y el miedo a esclarecer sus dudas. Para estos obstáculos se sugiere:
 - **Modificar y elaborar nuevas dinámicas:** Se sugiere modificar las dinámicas de "Alimento para el Alma", "Entrevista a 10 años", de tal manera que la muchacha se motive a participar y permita realmente entablar una discusión. También se sugiere elaborar dinámicas para la plática de anticonceptivos, ablactación y lactancia que les permita repasar la información.
 - **Rediseñar y elaborar nuevos materiales:** Este punto se verá posteriormente.
 - **Separar las adolescentes de los acompañantes:** Se vio que, en ciertas pláticas, es necesario separar a las muchachas del resto del grupo (familia y pareja) para que tengan confianza en participar y preguntar sus dudas. Esto es especialmente necesario en las dinámicas de toma de decisiones y planes de vida ya que en éstas, la muchacha debe de hablar del método anticonceptivo que decidirá usar y relaciones sexuales posteriores. No es necesario separarlos en las pláticas de órganos sexuales y anticoncepción ya que esta información es de gran utilidad, tanto para la pareja como para los demás familiares. Si en estas pláticas las muchachas muestran miedo o pena en preguntar sus dudas, es necesario que la educadora fomente su confianza y su participación. También debe evitar que el resto del grupo, con sus actitudes, esté obstaculizando su participación, sin embargo, muchas veces es imposible evitar que las muchachas no participen, por lo que es indispensable reforzar la información con sus dinámicas correspondientes.

2. Diseño y contenidos de los materiales educativos:

Los resultados indican que es necesario modificar los materiales educativos en 5 aspectos:

■ Contenido:

Tanto las adolescentes como las educadoras consideraron que hay materiales con excesiva información escrita. Este es el caso del material de "ablactación" y de "métodos anticonceptivos". Una vez que se identifiquen los mensajes básicos para estos temas, es necesario que estos sean los únicos representados en los materiales. Asimismo se detectó que existen materiales cuya información no está dirigida a la madre adolescente; este es el caso de los folletos de anticonceptivos y el material de lactancia (que se enfoca a mujeres mayores). Se sugiere que estos materiales se cambien por otros que, con un lenguaje accesible para la adolescente, respondan a las necesidades de éstas.

■ Imagen:

Las opiniones reflejan que no existe una imagen constante en los materiales del PREA. El programa está dividido en tres componentes (prenatal, natal y postnatal) y necesita conservar una misma imagen, es decir, una unidad interna en su expresión gráfica para que la adolescente identifique al PREA como un mismo programa. Por esto se sugiere que se unifique el estilo gráfico de los materiales, es decir, dibujos, letras, colores, personajes, entre otros.

■ Estilo:

Los resultados indicaron que algunos materiales tienen dibujos deformados (como el material de estimulación temprana), que no son atractivos (como los folletos y material de órganos sexuales), que no permiten que la adolescente se identifique con ellos (como es el caso del de estimulación temprana, lactancia) y que tienen letras pequeñas, difíciles de leer (lactancia). Por lo tanto es necesario hacer modificaciones en su estilo gráfico. Se sugiere:

- Tomar en cuenta la edad, valores culturales, nivel socioeconómico y nivel educacional de la población objetivo, para crear un estilo de ilustración juvenil caricaturizada (representando a personajes sanos, bonitos, tiernos, jóvenes, con rasgos latinos) y así fomentar la identificación de la adolescente con el material.
- Utilizar colores llamativos, juveniles, alegres.
- Evitar que los dibujos sean ofensivos por tratarse de temas como anatomía humana y órganos sexuales.
- Utilizar una tipografía moderna, fácil de leer y mantenerla en todo el material para respetar la unidad.

■ **Aspectos prácticos:**

El material educativo debe estar diseñado de acuerdo a las necesidades de trabajo del prestador de servicio. Por esta razón se recomienda:

- Mejorar la calidad, para que sea más resistente al uso constante.
- Unificar el tamaño, para que sea guardado en una misma bolsa y así se pueda transportar con mayor facilidad.
- Utilizar láminas sueltas (no en forma de rotafolio) y material autoadherible o magnético para agilizar su uso.

■ **Diseño de nuevos materiales**

Los resultados obtenidos reflejan la importancia de crear materiales motivacionales para aumentar la continuidad de la adolescente en el programa. Por lo tanto, se sugieren los siguientes materiales:

- **Pequeño álbum con dibujos y fotografías:** Necesario como material de apoyo en la plática de invitación al PREA-POSTNATAL. Se utilizan fotografías para que la adolescente se identifique con el personal del hospital y con otras chicas de su misma edad. Este álbum no tendrá información escrita; mediante dibujos se enfatizan los aspectos obtenidos del estudio, que a la muchacha más le interesa saber (cómo dar pecho, cómo bañar al bebé, cómo jugar con él, etc.). Se sugiere que sea pequeño para que la educadora lo transporte fácilmente en la bolsa de su bata.
- **Diario para la madre adolescente:** Se observó que el incentivo favorito de la adolescente fue la fotografía. Se sugiere darle, además de la fotografía, un diario, con espacios para que coloque las fotografías de su bebé a medida que va creciendo y, a la vez, con dibujos y palabras, se manejen los mensajes básicos del PREA. Por lo tanto, se sugiere eliminar los folletos ya que considero que este nuevo material será más atractivo para ella.

3. Continuidad de la adolescente en el programa:

El tercer obstáculo que se encontró fue la pérdida de muchachas del componente PREA-NATAL al PREA-POSTNATAL. Para evitar esto se sugiere:

■ **Simplificar la información de la invitación:**

Como se dijo anteriormente, es necesario que la información que se le proporcione a la muchacha sea mínima pero atractiva, es decir, relacionada con su situación actual (Ver nuevos materiales).

- **Diseño de material visual:**
Se propone el diseño de un pequeño album con fotografías y dibujos para que la muchacha se motive al conocer lo que aprenderá en el programa y, a la vez, conozca al personal que estará involucrado en el PREA (Ver nuevo material).
- **Sensibilización de los educadores:**
Es necesario que el educador vea la importancia de un trato cordial y amistoso para motivar a las muchachas a continuar en el programa. Por lo tanto, se sugiere que, en la capacitación del personal, se ponga especial énfasis en sensibilizar al personal para el trato con la adolescente.
- **Invitación de la pareja y la familia:**
Como las muchachas necesitan de la autorización de su pareja y/o familia para asistir al programa, es conveniente que no se suspenda la plática con ellos programada en el PREA-NATAL. Es necesario que el educador les explique en qué consiste el programa y la importancia de su participación para compartir experiencias y aprender nuevos conocimientos.

4. Capacitación:

Las educadoras consideran que ha sido corto el período para su capacitación teórica y práctica en el programa. No se sienten con los conocimientos necesarios para llevarlo a cabo sin el apoyo del personal de CORA. Desconocen: 1. Características bio-psico-sociales del adolescente, 2. La problemática del embarazo en adolescentes, 3. El submodelo PREA en su totalidad y, sobre todo, 4. La manera de transmitir la información a un lenguaje accesible para la madre adolescente.

Tanto el hospital como CORA no cuentan con recursos ni con tiempo para alargar el tiempo para la capacitación. Por lo tanto, se sugiere:

- **Diseñar una estrategia de capacitación simultánea teórica y práctica.**
- **Elaboración de un paquete didáctico:**
El cual, además de ser educativo (dirigido a las necesidades reales de la madre adolescente), práctico (para el prestador de servicio) y motivante (para la madre adolescente y el prestador de servicios), aspectos que se lograrán si se hacen las modificaciones anteriormente sugeridas, es necesario que sea **autodidáctico**, es decir, que contenga manuales que permitan al educador conocer todos los aspectos del submodelo PREA. Deben de describir:

- Componentes (prenatal, natal y postnatal)
- Objetivos
- Actividades de cada componente
- Contenidos temáticos y técnicas educativas: No sólomente describiendo los conocimientos necesarios que deben tener sino también cómo deben transmitir la información con un lenguaje accesible para la adolescente.
- Sistemas de referencia
- Incentivos
- Uso de los materiales educativos
- Formas de registro
- Personal para cada componente
- Papel que desempeñan y descripción de sus funciones
- Autoevaluaciones de calidad de servicio.

LIMITACIONES

Desde el punto de vista de las técnicas utilizadas en esta investigación (grupos focales y entrevistas profundas), el estudio NO puede ser representativo de toda la población ya que las muestras son pequeñas y no aleatorias. Sin embargo, existen diversos estudios de evaluación sumativa del programa PREA (análisis de sistemas, costo-efectividad, pre y post-evaluaciones) así como de impacto (ver antecedentes), que, sumados a 4 años de constante observación directa del programa y a los resultados obtenidos en este estudio cualitativo, permite que se puedan hacer modificaciones efectivas al PREA.

Dentro del estudio, se presentaron 2 situaciones que limitaron la investigación:

1. Bajo número de madres adolescentes asistiendo en el PREA-POSTNATAL en el momento del estudio (mes de diciembre) lo que provocó que, en un grupo focal, sólomente se contara con la participación de 6 madres adolescentes y, por consiguiente, se tuviera que hacer una microsesión.
2. Poca disposición de las madres adolescentes, captadas en el PREA-NATAL, para participar en las entrevistas profundas. Esto se debió principalmente a los siguientes factores:
 - Cansancio de las muchachas ya que habían recibido una serie de pláticas tanto del PREA como del propio hospital.
 - La hora de la entrevista coincidió con la alta del hospital, por lo que muchas estaban apuradas para salir del mismo.

CONCLUSIONES

El estudio cualitativo nos permitió obtener información profunda acerca de las opiniones, actitudes y conductas de las madres adolescentes y del prestados de servicio en relación al programa PREA.

El programa es aceptado por las madres adolescentes ya que consideran que es útil, accesible, motivante, divertido y, sobretodo, sensible a sus necesidades. Asimismo, el prestador de servicios (educador) también consideró el programa útil, necesario, motivante y enfocado a resolver, dentro de lo que es posible, las necesidades de la población adolescente.

Sin embargo, el estudio también reflejó obstáculos que afectan la efectividad del programa en 4 áreas principalmente:

1. Contenido temático y técnicas educativas:

En relación a este punto el estudio detectó las siguientes dificultades:

- **Comprensión de las pláticas:** Las adolescentes no siempre logran comprender la información de todas las pláticas del componente PREA-NATAL y PREA-POSTNATAL debido a los siguientes factores:
 - Dificultad en relacionar la información recibida con su situación actual, es decir, ser madres.
 - Dificultad en recordar y aprender toda la información.
 - Dificultad en recordar y aprender los nombres técnicos.
 - Dificultad en integrar la información.
 - Dificultad para concentrarse y atender
 - Miedo y vergüenza para preguntar sus dudas, especialmente cuando también participan la familia y/o pareja.
 - Rechazo a un nuevo conocimiento
 - Dificultad en modificar costumbres, mitos y tabúes en relación a ciertos temas.

- **Duración:** El prestador de servicios consideró que existen pláticas cuya duración es larga debido a que necesitan ese tiempo para proporcionar a la adolescente toda la información, la cual muchas veces es excesiva e innecesaria.

- **Técnicas educativas:** El educador opinó que existen dinámicas que son inefectivas ya que no funcionan con grupos poco participativos. Asimismo, opinaron que es necesario incluir otras dinámicas que permitan a la adolescente repasar la información vista.

2. Materiales educativos:

Las opiniones de las adolescentes reflejaron que hay materiales que no son atractivos para ellas debido a los colores, tamaño de las letras, dibujos y contenido; por lo que no se identifican con ellos.

Asimismo, las educadoras consideraron que el material no es práctico ya que es difícil de manejar y transportar y poco resistente al uso constante.

3. Continuidad de las adolescentes en el programa:

Se detectó que las adolescentes no regresan al programa por los siguientes factores:

- No comprenden la información de la plática de invitación
- No son suficientemente motivadas para participar
- No disponen de tiempo libre
- Tienen dificultades para transportarse
- No siempre cuentan con la autorización de su familia y/o pareja.

4. Capacitación del personal del hospital:

El personal del Hospital de la Mujer consideró que ha sido corto el período para su capacitación teórica y práctica del programa. No se sienten con los conocimientos necesarios para llevarlo a cabo sin el apoyo del personal de CORA. Desconocen:

- Las características bio-psico-sociales del adolescente
- La problemática del embarazo en adolescentes
- El los componentes y actividades llevadas a cabo en el submodelo PREA
- La manera de transmitir la información a un lenguaje accesible para la madre adolescente

Tomando en cuenta estos obstáculos se propusieron las siguientes modificaciones al programa:

1. Contenidos y técnicas educativas:

- **Disminuir la información.** Para lograr esto se propuso:
 - Redefinir los objetivos de cada plática
 - Identificar los mensajes básicos
- **Relacionar los temas con la situación actual de la adolescente.** Se propuso:
 - Renombrar las pláticas y las dinámicas
 - Modificar la secuencia de las pláticas
 - Enfatizar en la plática la relación y utilidad del contenido de la información con la situación actual de la adolescente
- **Integrar los temas.** Se propuso:
 - Elaborar nuevos contenidos temáticos que unan las pláticas entre sí.
- **Facilitar la comprensión.** Se propuso:
 - Modificar y elaborar nuevas dinámicas
 - Rediseñar y elaborar nuevos materiales
 - Separar, en algunas pláticas, a las adolescentes de sus familias y/o parejas

2. Materiales educativos.

- **Disminuir la información.** Se propuso:
 - Identificar mensajes básicos para cada material
- **Crear una imagen.** Se propuso:
 - Unificar el estilo gráfico (dibujos, letras, colores, personajes, entre otros)
- **Establecer un estilo gráfico.** Se propuso:
 - Crear un estilo de ilustración juvenil caricaturizada que permita a la adolescente identificarse con su cultura, edad, valores, nivel socioeconómico y educacional.
 - Utilizar colores llamativos, juveniles y alegres
 - Evitar dibujos "ofensivos"
 - Utilizar una tipografía moderna y fácil de leer

- **Adecuarlo a la necesidades del educador. Se sugirió:**
 - Mejorar la calidad
 - Unificar el tamaño
 - Utilizar láminas sueltas para facilitar su manejo
 - **Diseñar nuevos materiales motivacionales. Se propuso el diseño de un:**
 - Pequeño álbum con fotografías y dibujos
 - Diario para la madre adolescente
- 3. Continuidad de las adolescente en el programa**

Para disminuir la pérdida de madres adolescentes del componente natal al postnatal se propuso:

- **Simplificar la información**
- **Diseñar material educativo que acompañe la información hablada**
- **Sensibilizar al educador en la importancia del trato amable y cordial para motivar a la adolescente a continuar en el programa**
- **Invitar a la pareja y a la familia a que participen en el programa**

4. Capacitación

- **Diseñar una estrategia de capacitación simultánea teórica y práctica**
- **Elaboración de manuales que permitan que el educador complete su capacitación en el submodelo PREA. Deben proporcionar información sobre:**
 - Las características bio-psico-sociales del adolescente
 - La problemática del embarazo en adolescente
 - Componentes del submodelo PREA (prenatal, natal y postnatal)
 - Objetivos del PREA
 - Actividades y tiempos de cada componente
 - Contenidos temáticos y técnicas educativas de cada componente
 - Sistemas referenciales y contrarreferenciales
 - Incentivos
 - Materiales educativos
 - Formas de registro
 - Descripción de funciones
 - Autoevaluaciones de calidad de servicio

Tomando en cuenta que la evaluación es una herramienta, que no sólo detecta los aciertos y limitaciones de un determinado programa, sino que permite tomar decisiones para mantener, mejorar o expanderlo (García Núñez J., 1993); los resultados de esta evaluación cualitativa permitió detectar los beneficios y obstáculos del programa, proponer soluciones, para así modificarlo y elevar su efectividad. A partir de esta investigación se modificó la estructura interna del programa, es decir:

- Contenidos temáticos y técnicas educativas
- Materiales educativos
- Tiempos
- Secuencias
- Incentivos

Así, el PREA-NATAL quedó conformado por 2 sesiones (Ver Anexo 6):

1. Sesión individual:

La educadora capta a las madres adolescentes en sus camas y las invita a participar en el PREA mostrándoles las actividades con la ayuda de un pequeño álbum con dibujos y fotografías. Asimismo, tomará los datos necesarios para su registro y le entregará su credencial que la acredita como miembro del PREA.

2. Sesión grupal:

Una vez captadas todas las adolescentes, la educadora pasará por ellas y las llevará al aula para la sesión informativa para que, con la ayuda de materiales educativos, les informe acerca de lactancia y planificación familiar. Esta sesión debe tener una duración máxima de una hora.

El PREA-POSTNATAL quedó conformado por 4 sesiones, con una duración de 2 horas cada una:

● **SESION I** (Ver Anexo 7):

En esta sesión la educadora da la bienvenida a los participantes por medio de una dinámica ("Aprendiendo a cuidar a mi bebé"). Posteriormente trata 3 temas enfocados en la relación de la adolescente con su bebé (lactancia, cuidados y vacunas). Cada tema está acompañado por su dinámica y apoyado por materiales educativos. En esta sesión se le entrega su primer incentivo a la muchacha (diario).

• **SESION II** (Ver Anexo 8):

Al igual que en la primera, en esta sesión también se tratan temas enfocados en la relación de la adolescente con su bebé (ablactación, desarrollo del niño y estimulación temprana). Para cada tema se llevan a cabo dinámicas y se utilizan materiales educativos. En esta sesión se toma la fotografía que se les entrega hasta la sesión III.

• **SESION III** (Ver Anexo 9):

En esta sesión, los temas se enfocan en la relación de la adolescente con ella misma. Se tratan temas que le permitan conocer su cuerpo para saber cómo funciona, cómo cuidarlo y cómo actúan los métodos anticonceptivos. También se discute la importancia que tiene para ellas el planear su familia y se les enseña y motiva para que elijan el anticonceptivo que a ellas les conviene y desean utilizar. Todas las pláticas van acompañadas por su dinámica correspondiente y sus materiales educativos. Terminando la sesión se les entrega su fotografía para que la coloquen en su diario.

• **SESION IV** (Ver Anexo 10):

Esta sesión se enfoca en la relación de la adolescente con ella misma en un futuro. Se tocan temas relacionados con su bebé, trabajo, estudio, pareja, familia; por lo que se les enseña a tomar sus propias decisiones, a planear su vida estableciéndose metas. Esta sesión es la más dinámica y, debido al contenido temático, se separa el grupo en dos: adolescentes y parejas-familias. Al finalizar la sesión se vuelven a juntar los grupos, para la evaluación de calidad de servicio, entrega de diplomas y cierre, asimismo, se les invita a participar en el submodelo Círculos de Madres Adolescentes (que es la continuación del submodelo PREA).

El objetivo final de este estudio fue conformar un paquete didáctico que permita la fácil replicación del submodelo PREA, el cual reúna las siguientes características:

- **Educativo:** Con contenidos temáticos y técnicas educativas dirigidos específicamente al período reproductivo que atraviesa la adolescente (natal y postnatal)
- **Práctico:** Con materiales resistentes y fáciles de utilizar por el prestador de servicios

- **Motivante:** Con contenidos temáticos, técnicas y materiales educativos y motivacionales que permitan que las adolescentes y el prestador de servicio se identifiquen con el programa y permita la continuidad del mismo.
- **Autodidáctico:** Con manuales que permitan la autoenseñanza de todos los componentes del submodelo.

Así, una vez hechas las modificaciones al programa se diseñó el paquete PREA-NATAL y PREA-POSTNATAL el cual contiene los siguientes elementos:

■ **Material educativo:**

- Manual Práctico para la Educadora del PREA NATAL y POSTNATAL
- Manual de Bolsillo de Contenidos del PREA NATAL y POSTNATAL
- Láminas con juegos de figuras y tarjetas magnéticas
- Pequeño álbum con dibujos y fotografías para la invitación al PREA

■ **Material promocional:**

- Carteles

■ **Material motivacional (para las adolescentes):**

- Diario PREA-POSTNATAL
- Diplomas
- Credenciales
- Fotografía

■ **Material motivacional (para las educadoras):**

- Diplomas
- Placa para la institución

■ **Material auxiliar:**

- Pizarrón Magnético
- Formas de registro
- Bolsa de manta

RECOMENDACIONES

El presente estudio conforma una nueva experiencia para el Centro de Orientación para Adolescentes, CORA, ya que, anteriormente, sólo había utilizado la evaluación cualitativa para evaluar materiales aislados (videos del teatro del adolescente) y no para conformar un paquete didáctico de un submodelo a replicarse.

Debido a esto se proponen las siguientes recomendaciones para acciones futuras:

1. Es necesario capacitar y mantener una asesoría continua a los prestadores de servicios en relación al uso del paquete y anotar sus sugerencias para mejorarlo en próximas ediciones.
2. Antes de reimprimir nuevos materiales se recomienda una evaluación profunda, similar a ésta, para asegurar su costo-efectividad.
3. El paquete didáctico no está diseñado para usarse en áreas rurales, por lo que se sugiere se continúe con la misma modalidad de evaluación para que se elabore otro paquete para estas zonas.
4. Si otros países desean replicar el submodelo PREA, el programa y su paquete didáctico deberá adaptarse para responder a las necesidades específicas de esa población adolescente.
5. Tomando en cuenta que el Programa PREA es un submodelo que forma parte de una serie de submodelos que proporcionan a los jóvenes un continuum de promoción y prevención bio-psico-social en sus 4 periodos de la salud reproductiva, se recomienda que los paquetes didácticos de los otros submodelos mantengan la congruencia y el equilibrio de contenidos temáticos, técnicas y materiales educativos encontrados en este estudio; con el fin de proporcionarle a los jóvenes una misma **IMAGEN**.
6. Para asegurar el costo-efectividad del paquete didáctico, se sugiere la impresión masiva del mismo y, junto con la replicación de los submodelos a otras instituciones, lograr crear una **IMAGEN** distintiva al Programa de Salud Reproductiva del Adolescente al país.

BIBLIOGRAFIA

- AID Evaluation Handbook (1987)*. AID Program Design and Evaluation Methodology. Report No. 7. Washington, D.C., April 1987.
- Babirian, H. and Goldman, A. (1971). "A study of teenage pregnancy". *Amer H Psychiat* 128(6): 775-778.
- Baldwin, W. and Cain, W.S. (1980) *The children of teen-age parents*. Family Planning Perspectives 12: 34-43.
- Bianculli, C. (1985). "Crecimiento y desarrollo físico del adolescente", *La salud del Adolescente y el joven en las Américas*. Publicación Científica No. 489. OPS, Washigton, D.C.
- Bibeau G., Pedersen D. y Puentes C. (1985) "Estilos de Vida y Sistemas Culturales", *Estilos de Vida y Salud: Documento de referencia para el Grupo de Trabajo*, OPS/OMS.
- Blomberg, R.C. (1978). "Attitudes, values and decision-making of adolescents regarding sex roles and reproduction". *Dissertation Abstract International*, 38, 5068A.
- Brindis, Claire D. and Korenbrot, Carol., and Brown, Patricia L. (1990): *Evaluation Guidebook for Family Planning Information and Education Projects*. Education Program Associates.
- Card, J.J. (1981). *Long-term consequences for children of teenage parents*. *Demography* 18(2):137-156.
- Card, J.J. and Wise, L.L. (1978). *Teenage mothers and teenage fathers: the impact of early childbearing on the parents' personal and professional lives*. Family Planning Perspectives 10(4):199-205.
- Carrol, J.L., Volk, K.D. and Hyde, J.S. (1985). "Differences between males and females in motives for engaging in sexual intercourse". *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 14, No. 2. Psychology Department, Denison University, Granville, Ohio. Plenum Publishing Corporation.

- Coblener, W.G., Schulman, H. and Smith, V. (1975). "Patterns of contraceptive failures: the role of motivation reexamined". *Journal of Biosocial Science* 1,307-318.
- Coddington, R. (1979). "Events associated with adolescent pregnancy". *Journal of Clinical Psychiatry*, 40(4):180.
- Cohen, P., Belmont, L, Dryfoos, J., Stein, Z., and Zayac, S. (1980). *The effects of teenager motherhood and maternal age on offspring intelligence*. *Social Biology* 27(2):138-54.
- Conselo, E., Zamora, R. (1991). "Atención Integral al Adolescente. Multidisciplinarietà". *La Adolescencia*, OPS/OMS, Montevideo, Uruguay.
- Cusminsky M. y Cols. (1986). *Manual de crecimiento y desarrollo del niño*. Serie PALTEX para Ejecutores de Salud No. 8. Washington DC.
- Cvetokovich, G. and Grote, B. (1979). "Psychosocial maturity, ego identity and fertility-related behavior". Documento presentado en el American Psychological Association meeting.
- Chávez N., Velasco L., Monroy, A. (1989): *Investigación Sobre el Perfil de las Adolescentes Embarazadas Menores de 18 años del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud*. Centro de Orientación para Adolescentes, CORA. México, DF.
- Chávez N., Velasco L., Monroy, A. (1990): *Diseño Experimental para Evaluar la Intervención del Programa Educativo para Madres Adolescentes, PREA*. Centro de Orientación para Adolescentes, CORA. México DF.
- Chávez N. (1991): *Evaluación Cuantitativa del Programa Educativo Para Madres Adolescentes, PREA*. Centro de Orientación para Adolescentes, CORA.
- Chávez N., Velasco L., Monroy A., Schenkel P., Vernon R. (1991): *Evaluación Post-Parto para Adolescentes: Evaluación y Modificación de un Modelo para Institucionalización*. Centro de Orientación para Adolescentes, CORA y The Population Council, México, DF.

- Chávez N., Velasco L., Monroy A., Schenkel P., Vernon R. (1991): *Evaluación Post-Parto para Adolescentes: Evaluación y Modificación de un Modelo para Institucionalización. Primer Informe Técnico.* Centro de Orientación para Adolescentes, CORA y The Population Council, México, DF.
- Chávez N., Velasco L., Monroy A., Schenkel P., Vernon R. (1992): *Evaluación Post-Parto para Adolescentes: Evaluación y Modificación de un Modelo para Institucionalización. Segundo Informe Técnico.* Centro de Orientación para Adolescentes, CORA y The Population Council, México, DF.
- Debus, Mary of Porter Novelli (1989): *Handbook for Excellence in Focus Group Research.* Academy for Educational Development. Healthcom., Washington, D.C.
- Demarchi, M. (1991); "Socialización del adolescente. Acción de las instituciones educativas", *La Adolescencia*, Montevideo, Uruguay.
- Elster, A.B. (1984). "The effect of maternal age, parity, and prenatal care on perinatal outcome in adolescent mothers". *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 149(8):845-846.
- Florenzano, U. (1988): *Salud del adolescente: bases para un plan de acción.* Documento de la OPS/OMS.
- Finkel, M.L. and Finkel, D.J. (1975). "Sexual and contraceptive knowledge, attitudes and behavior of male adolescents". *Family Planning Perspectives*, 6(7): 256-260.
- Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975). "Belief, attitude, intention and behavior reading". Mass.: Addison-Wesley Press.
- Fisher A., Laing J., Stoeckel J., Townsend J. (1991): *Manual para el Diseño de Investigación Operativa en Planificación Familiar.* Population Council. Segunda edición, New York, New York.
- Fox, G.L. (1978). "Sex-role attitudes as predictors of contraceptive behavior among unmarried U.S. college students". *Studies in Family Planning*, 9,169-174.

Friedman, H. y Edstrom K. (1983): *Higiene en la reproducción en la adolescencia*. OMS, Ginebra.

García, E. (1981). "Conducta sexual y anticonceptiva en jóvenes solteros". *Ginecología y Obstetricia de México* 49:343.

García Núñez, J. (1991): *A New Look at Family Planning Evaluation*. Pathfinder International, Washington.

Gough, H.G. (1979). "Some factors related to men's stated willingness to use a male contraceptive pill". *Journal of Research*, 15, 27-37.

Gutiérrez, D. (1992): *Salud Reproductiva: Concepto e importancia*. MPSSP-UNFPA-OMS/OPS.

Hatcher, S.L.M. (1973). "The adolescent experience of pregnancy and abortion: a development analysis". *Journal of Youth and Adolescence*. 2(1):53.

Hedin, R., Blum, B. y Hedin, D. (1980): "Adolescent Health Care" 1(2) 137-141.

Greenbaum, T. L. (1988) *The Practical Handbook and Guide to Focus Group Research*. D.C. Heath and Company.

Hospital de la Mujer (1990). *Registros del departamento de Ginecología y Obstetricia*.

Ippólito-Shepherd, J. (1987): *Conductas de Riesgo en la Adolescencia y Juventud*. Versión Preliminar, OPS/OMS.

Jadgeo, T.P. (1983). *Adolescent fertility regulation in the Caribbean: problems, barriers and strategies for change*. Prepared for the International Planned Parenthood Federation, International Consultation on Adolescent Fertility Regulation Services, Milan, Italy, July 25-30.

Jadgeo, T.P. (1981). *Adolescent pregnancy in Grenada: a qualitative study*. New York, International Planned Parenthood Federation.

- Jessor, R. y Jessor (1977): *Problem Behavior and Psychosocial Development: A longitudinal study of youth*. Academic Press, New York.
- Knobel, M. (1987) Informe final. Seminario Taller Itinerante. **Servicios de Salud para Adolescentes**. Washington DC Junio 1-19.
- Kraus, J.F. and Borhani, N.O. (1972). *Post-neonatal sudden unexplained death in California: a Cohort study*. American Journal of Epidemiology 95(6): 497-510.
- Lalonde M. (1974): *A New Perspective on the Health of Canadians*. National Health and Welfare, Ottawa, Canadá.
- Lundgren R., Valadez G., Chávez N., Monroy A. *The Determinants of Diet and Prenatal Care of Pregnant Adolescents in Mexico: An Exploratory Study*. Maternal Nutrition and Health Care Program Research Report Series number 12. Centro de Orientación para Adolescentes CORA. Washington, 1990.
- Maccoby, N. (1984) *Unhealthful Risk Taking Behaviors in Adolescence*. Conference Report: Stanford University.
- Maddaleno, M (1987): *"Adolescencia en Chile y Factores de Riesgo"*. Bibliografía chilena. Doc. CEAP No. 37, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Manual de la estrategia: Círculos de Madres Adolescentes*. CORA-DIF. Centro de Orientación para Adolescentes, CORA. México, DF, 1992.
- Manual de la Estrategia para la Transferencia del Programa para Madres Adolescentes (PREA - CORA) a los Hospitales de la Secretaría de Salud*. Centro de Orientación para Adolescentes, CORA, México, DF. 1993.
- Manual de la Estrategia para la Transferencia del Programa para Madres Adolescentes (PREA - CORA) a los Hospitales de los Servicios Médicos del DDF*. Centro de Orientación para Adolescentes, CORA, México, DF. 1993.

- Manual de la Estrategia: Programa Educativo para Madres Adolescentes, PREA.** Centro de Orientación para Adolescentes CORA al Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, México, DF. 1988.
- Manual de la Estrategia: Programa Clubes de Madres Adolescentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS.** Centro de Orientación para Adolescentes, CORA, México, DF. 1993.
- Mead, M. (1970). "Culture and Commitment: A study on a generation gap". Natural History Press, New York.
- Miller, W.B. (1978). "First sexual intercourse". Transitions: Perspectives on Today's Teenager for the Physician, 1.7-9.
- Molina, R. (1985) *El embarazo en la adolescencia: la experiencia chilena.* Organización Panamericana de la Salud. Publicación No. 487, Washington DC.
- Monroy A. (1990). Centro de Orientación para Adolescentes, A.C. **XIII Anniversary of CORA.**
- Monroy A. (1992). "El embarazo en la adolescencia: la experiencia en América Latina". *Salud Reproductiva en las Américas,* Organización Panamericana de la Salud.
- Monroy A., et al. (1988). *Salud, Sexualidad y Adolescencia.* Ed. Concepto, Ciudad de México.
- Monroy A., Núñez, L., Morris, L., Bailey, P. (1986). "Encuesta de jóvenes sobre salud sexual reproductiva en dos delegaciones de la Ciudad de México". Congreso de Psicología Social. Tlaxcala, México.
- Monroy A. (1988). "Observaciones preliminares del proyecto educativo de adolescentes embarazadas del Hospital de la Mujer", Ciudad de México.
- Monroy A., Morris L., Chávez N., Núñez, L., et al. (1987). "Experiencia, conocimiento y actitudes sexuales de jóvenes unidos o casados de la Ciudad de México". Documento presentado en la Reunión Anual de la Academia de Investigación en Biología Reproductiva. Guanajuato, México.

- Monroy A., Morales, M., Velasco, L. (1988). "La fecundidad en la adolescencia. Causas, riesgos y opciones". Pan American Health Organization.
- Monroy A., Díaz P., Chávez N., Ochoa, C., Lundgren, R. and Kleinman D. (1988). "Diagnóstico de características psicosociales y familiares relacionadas con la conducta sexual, en jóvenes de una Unidad Habitacional de Interés Social del Estado de Veracruz". Documento presentado en el XI biannual Meeting of the Latin American Association for Research on Human Reproduction and at the XII Meeting of the Academy for Research on Reproductive Biology. May 21-25, Puerto Vallarta, Jalisco, México.
- Monroy A. (1982). "Consequences of early chilbearing". Drapper Fund Reports.
- Monroy A., Martínez, M. J. (1987): "Memorias de la primera reunión internacional sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes". Ciudad de México.
- Monroy A. (1984). "Relaciones sexuales y uso de anticonceptivos en estudiantes de nivel superior del Distrito Federal". Centro de Orientación para Adolescentes, Ciudad de México.
- Monroy A. (1985). "Consecuencias bio-psico-sociales del embarazo en adolescentes". In Orientation Sexual, teaching materials of the basic course for multidisciplinary personnel. Instituto Mexicano del Seguro Social, Oficina de Planificación Familiar, Ciudad de México.
- Moore, K.A. and Burt, M.R. (1982). "Perspectives on teenage childbearing". Private Crisis, Public Cost: Policy. The Urban Institute Press, Washington, D.C.
- Morris, L. (1988). "Contraceptive use and reported levels of unplanned pregnancies in Latin America, presented at the XIV International Congress, Latin American Studies Association, New Orleans, Louisiana, March. 17-19.
- Morris, L. (1987). "Experiencia sexual, anticoncepción en jóvenes en algunos países de América Latina, presentado en el XII Latin American Gynecology and Obstetrics Congress, Guatemala, Oct. 25-30.

- Morris, L. (1986). **"Fertilidad entre los adolescentes en las Américas: disponibilidad de datos y definición del problema"**. Publicado en las Memorias de la I Reunión Internacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y Jóvenes. CORA-AMIDEM IMSS, Ciudad de México.
- Munz, D., Carson, S., Brock, B., Bell, L., Kleinman, I., Robert, M. and Simon, J. (1976). **"Contraceptive knowledge and practice among undergraduates at a Canadian University"**. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 124, 499-505.
- Naeye, R.L. (1981). **Teen-aged and pre-teenaged pregnancies: consequences of the fetal-maternal competition for nutrients**. Pediatrics 67(1):146-150.
- Ngoka, W.M. and Mati, J.K.G. (1980). **Obstetric aspects of adolescent pregnancy**. East African Medical Journal 57(2):124-130.
- Nortman, D. (1974). **Parental age as a factor in pregnancy outcome and child development**. Reports on Population Family Planning (16):1-52.
- Organización Mundial de la Salud (1986). **"La Salud de los Jóvenes: Un desafío para la Sociedad"**. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS acerca de los Jóvenes y la Salud para Todos en el año 2000. Ginebra. Serie de informes técnicos No. 731.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1990). **"Adolescencia"**, No. 3. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (1987): **Global Term Programme: Adolescent Health**. Doc. ADH/MTP/87.1.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (1986). **Reunión de Proyectos de Evaluación y Desarrollo de Tecnología en Salud Materno-Infantil**. Informe Final, Lima, Perú.
- Panamerican Health Organization (1985). **The Health and Youths in the Americas**. OPS/OMS, Scientific Publication No. 489, Washington DC.
- Patton, Michael Quinn. **Qualitative Evaluation Methods**. Sage Publications, 1980.
- Perdomo R. (1991). **"Nuestros jóvenes y la revolución tecnológica"**. Ponencia presentada en el Encuentro Internacional de Psiquiatría de la Adolescencia, FEPA, Buenos Aires, julio 24-27.

- Perry, CH (1986): "Conference on community based health promotion and drug prevention for youth". Henry Kaiser Foundation, California.
- Perry CH. y Jessor, R. (1985): "The concept of health promotion and the prevention of adolescent drug abuse". Health Education Quart. California. 12(2)169-184.
- Perry CH. (1986): "Community Wide Health Promotion and Drug Abuse Prevention". J. School Health, 56(9) 359-363.
- Perry, CH., Murray, D. (1982): "Enhancing the transition years: the challenge of adolescent health promotion". J. School Health, 52(5) 307-311.
- Pick de W., S., Monroy A., Andrade, P., Díaz-Loving, R., Flores, M., Rivera, S., Chávez, N. (1987). "Adolescentes de la Ciudad de México. Un estudio psicosocial de las prácticas anticonceptivas y embarazos no deseados: primera etapa de muestreo representativo de hogares". Reporte presentado a PAHO.
- Portillo, J., Martínez, J., Banfi, M.L. (1991). *La Adolescencia*, Facultad de Medicina, FNUAP, OPS/OMS, Ed. Banda Oriental, Montevideo, Uruguay.
- Ross, S. (1979). "The youth values project". The Population Institute. Washington, D.C.
- Rutstein, S.O. (1984). *Infant and child mortality: levels, trends and demographic differentials*. Rev. ed. Voorburg, Netherlands, International Statistical Institute, (World Fertility Survey Comparative Studies; Cross-National Summaries No. 43, 78pp.
- Santi, L. (1991): "Salud Integral en la Adolescencia", *La Adolescencia*, OPS/OMS, Montevideo, Uruguay.
- Senderowitz, J. and Paxman, J. (1985) "Adolescent fertility: worldwide concerns". Population Bulletin, Population Reference Bureau, Vol. 40, No. 2.
- Sepúlveda, P.E. (1987). *Factores psico-socio-económicas del embarazo en adolescentes. Estudio comparativo*. Publicado por el Ministerio de Salud Pública, Hospital de gineco-obstetricia, Havana, Cuba.
- Serrano C. (1992): "La Salud Integral del Adolescente", *Manual de Medicina de la Adolescencia*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.
- Shah, F., Zelnik, M. y Kantner, J.F. (1975) "Unprotected intercourse among unwed teenagers". Family Planning Perspectives, 7, 39-44.

- Schenkel Paul, Chávez N., Velasco L. "Hospital-Based Education For Adolescent Mothers In Mexico". Paper presented at the 120th Annual Meeting of the American Public Health Association, Washington, DC. November 8-12, 1992.
- Silber T. J. (1985). *Medicina de la adolescencia: el desarrollo de una nueva disciplina. La salud del adolescente y el joven en las Américas*. Pan American Health Organization, Washington, D.C. Scientific Publication No. 489.
- Sluzki, C. (1984). "Familias, redes y otras formas extrañas". *Sistemas familiares*. American Family Therapy Association. Nueva York.
- Sosa, D., Oberle, M.W., Becher, S., and Morris, L. (1987). *The Costa Rica Fertility and Health Survey*. Division of Reproductive Health, Center for Health Promotion and Educational, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia. Final English Language Report.
- Suarez O., Roberts, E., Karin D., and Cuminsky, M (1985). "Adolescencia y juventud: aspectos demográficos y epidemiológicos". En: *La salud del Adolescente y el Joven en las Américas*. PAHO/WHO. Scientific Publication No. 489 Washington, DC.
- Taylor, B., Wadsworth, J. and Butler, N.R. (1983). *Teen-age mothering, admission to hospital and accidents during the first 5 years*. *Archivos del Disease in Childhood* 58(1):6-11.
- Tirbani P. Judgeo (1984). *Teen-age Pregnancy in the Caribbean*, publicado por la International Planned Parenthood Federation, western Hemisphere Region.
- Tonkin, R.S. (1987): *Adolescent Risk-Taking Behavior. Adolescent Care*, 8:213-220.USA.
- Velasco L. (1992): "*Grupos Focales*". Manual para el Taller Latinoamericano, Centro de Orientación para Adolescentes, CORA, AC. México, D.F.
- Velasco L. (1992): "*Investigación, Descripción y Evaluación del Programa Educativo para Madres Adolescentes*". Trabajo presentado en las IX Jornadas de Enfermería de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal. México, D.F.

Velasco L., Monroy A., Velasco M. (1993): **Plan Nacional de Apoyo a la Salud Reproductiva del Adolescente**. Centro de Orientación para Adolescentes, CORA. Copyright, CORA-México 1993.

Velasco L. (1994): **"Red Interinstitucional de Apoyo a la Salud Reproductiva del Adolescente"**. Trabajo presentado en la Reunión Latinoamericana y del Caribe sobre Salud Integral del Adolescente, México, D.F.

Velasco L. (1994): **"Obstáculos en la Institucionalización de los Submodelos CORA"**. Trabajo presentado en la Reunión Latinoamericana y del Caribe sobre Salud Integral del Adolescente, México, D.F.

Velasco L. (1994): **"Evaluación del Programa Educativo para Madres Adolescentes, PREA"**. Trabajo presentado en la Reunión Latinoamericana y del Caribe sobre Salud Integral del Adolescente, México, D.F.

Velasco L. (1994): **"Inquietudes Relacionadas a la Evaluación de Modelos"**. Trabajo presentado en la Reunión Latinoamericana y del Caribe sobre Salud Integral del Adolescente, México, D.F.

Velasco L. *Análisis de Sistemas y Costo-Efectividad del Programa Educativo para Madres Adolescentes, PREA*. Centro de Orientación para Adolescentes, CORA. México, DF. 1991.

Velasco M. (1992) **"Un Centro Joven para Jóvenes. 1978-1992"**. Folleto informativo de los 10 años del Centro de Orientación para Adolescentes, CORA. México DF.

Velasco M. (1994): **"Modelos de Prevención Primaria"**. Trabajo presentado en la Reunión Latinoamericana y del Caribe sobre Salud Integral del Adolescente, México, D.F.

UNESCO (1975). **"El mundo en devenir: reflexiones sobre el nuevo orden económico mundial"**. Documento de trabajo.

U.S. Department of Health, Education and Welfare (1979) **"Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention"**. Washington DC.

World Fertility Survey, General Statistic Office, Social Research Institute of UNAM, International Statistic Institute, 1976.

Zabin, L.S., Hirsch, M.B., Smith, E.A., Hardy J.B. (1984). **"Adolescent sexual attitudes and behavior: are they consistent?"**. Family Planning Perspectives, 16, 181-185.

Zuckerman, M. (1971) **Dimensions of Sensation Seeking**. Consult. Clin. Psychc.

ANEXO I

DESCRIPCION DE LOS CONTENIDOS TEMATICOS, TECNICAS Y MATERIALES EDUCATIVOS DEL

PREA - NATAL

PLATICA DINAMICA	OBJETIVO	DURACION	DESCRIPCION DEL MATERIAL	MATERIAL ENTREGA
Presentación del PREA	Dar información acerca de las actividades que imparte el PREA	10 min.	Ninguno	
Lactancia	Dar información acerca de los beneficios de la lactancia	45 min.	Rotafolio americano con 20 ilustraciones acerca de la lactancia. 30 X 40 cms. com mensajes en dos idiomas.	6 folletos de métodos anticoncep. Copias fotostáticas en blanco y negro.
Métodos anticoncep.	Dar información sobre las ventajas y desventajas de cada método.	45 min.	Rotafolio con 10 láminas de métodos hechas a mano y forradas con plástico. Tamaño: 50 X 60 cms. Mustrario de métodos anticonceptivos.	Credencial con vales para despen-sa, fotografía y métodos anticonc.

ANEXO 2

DESCRIPCION DE LOS CONTENIDOS TEMATICOS, TECNICAS Y MATERIALES EDUCATIVOS DEL

PREA - POSTNATAL: SESION 1

PLATICA DINAMICA	OBJETIVO	DURACION	DESCRIPCION DEL MATERIAL	MATERIAL ENTREGA
Presentación del PREA	Informar acerca de las actividades que se imparten en el PREA	10 min.	Ninguno	Ninguno
"Alimento para el alma"	Reforzar la autoestima enfatizando las cualidades como necesarias para entablar una relación.	10 min.	Diplomas de papel tamaño carta enrollados por medio de un listón	
Conociendo nuestros órganos sexuales	Informar cuáles son y cómo funcionan los órganos sexuales masculinos y femeninos	45 min.	Tres esquemas de anatomía de los órganos sexuales, hechos a mano y forrados con plástico 18 tarjetas con las funciones principales de cada órgano	
Métodos anticoncep.	Informar acerca de las ventajas y desventajas de cada método, su efectividad, forma de uso, manera de actuar y sus efectos en la lactancia	30 min.	Rotafolio utilizado en el PREA NATAL y un muestrario de métodos anticonceptivos.	
"Mitos y verdades de los métodos anticonceptivos"	Repasar la información de la plática anterior.	15 min.	Lámina dividida en dos partes: Mitos y verdades. Tarjetas sobre mitos y verdades de cada método anticonceptivo.	

ANEXO 3

DESCRIPCION DE LOS CONTENIDOS TEMATICOS, TECNICAS Y MATERIALES EDUCATIVOS DEL

PREA - POSTNATAL: SESION 2

PLATICA DINAMICA	OBJETIVO	DURACION	DESCRIPCION DEL MATERIAL	MATERIAL ENTREGA
Cuidados del recién nacido	Informar los conocimientos básicos en el cuidado del recién nacido.	50 min.	13 tarjetas con preguntas específicas del tema para uso exclusivo de la educadora.	Bolsa de métodos anticonceptivos
Vacunas del niño en su primer año de vida	Informar acerca de la importancia de vacunar al bebé.	20 min.	Lámina con dibujos ejemplificando el esquema de vacunación en su primer año de vida. De 60 X 70 cm. forrada con plástico.	
Lactancia	Informar sobre los problemas más frecuentes durante la lactancia y manera de solucionarlos.	45 min.	Rotafolio de lactancia americano utilizado en el PREA - NATAL	

ANEXO 4

DESCRIPCION DE LOS CONTENIDOS TEMATICOS, TECNICAS Y MATERIALES EDUCATIVOS DEL

PREA - POSTNATAL: SESION 3

PLATICA DINAMICA	OBJETIVO	DURACION	DESCRIPCION DEL MATERIAL	MATERIAL ENTREGA
Alimentación del niño durante el 1o año de vida.	Informar de la importancia de introducir oportuna y adecuadamente los alimentos al bebé.	50 min.	Lámina de alimentación con dibujos de los alimentos que se introducen de acuerdo a la edad del bebé: (0 a 4, 4 a 6, 6 a 8, 8 a 10, 10 a 12 meses). De 60 X 70 cms, hecha a mano, forrada con plástico.	Fotografía de la adolescente con su bebé, familia y pareja.
"Casos de alimentación"	Informar la manera en cómo afectan las conductas inadecuadas en la alimentación del niño durante la lactancia y manera de solucionarlos.	30 min.	10 láminas con los casos escritos y las repercusiones que tienen en el niño. Letra de molde, de 50 X 60 cm. forradas con plástico.	
"Di no al sexo sin método"	Enseñar la manera de poder tomar decisiones analizando ventajas y desventajas de cada alternativas.	40 min.	Tarjetas para la educadora con diferentes historias.	

ANEXO 5

DESCRIPCION DE LOS CONTENIDOS TEMATICOS, TECNICAS Y MATERIALES EDUCATIVOS DEL

PREA - POSTNATAL: SESION 4

PLATICA DINAMICA	OBJETIVO	DURACION	DESCRIPCION DEL MATERIAL	MATERIAL ENTREGA
Estimulación temprana	Informar acerca de las etapas del desarrollo psicomotriz del niño y la manera de estimularlos.	40 min.	Rotafolio con 5 láminas con dibujos hechos a mano sobre algunos de los ejercicios que se pueden realizar con el bebé de 50 X 60 cms., forradas con plástico.	Despensa alimenticia. Diplomas para cada participante.
"Planes de vida"	Enseñar la importancia de establecer metas de corto plazo en su vida y la manera de lograrlas	30 min.	Hojas con frases incompletas que la educadora lee y los participantes contestan	
"Entrevista a 10 años"	Enseñar la importancia de establecer metas de largo plazo y la posibilidades de lograrlas	30 min.	Tarjetas para la educadora con diferentes preguntas referentes al tema.	
Cierre del programa y entrega de diplomas				
Invitación a los CNA				

ANEXO 6

MODIFICACIONES DEL COMPONENTE PREA - NATAL

PLATICA DINAMICA	OBJETIVO	DURACION	DESCRIPCION DEL MATERIAL	MATERIAL ENTREGA
Invitación al PREA	Informar a la adolescente acerca de los beneficios que obtendrá del PREA e invitarla, motivándola a asistir	10 min.	Minialbum con fotografías y dibujos.	
Amamantando a mi bebé I.	Discutir los beneficios de la lactancia materna con el fin de promoverla	30 min.	4 láminas con figuras magnéticas con dibujos para darle dinamismo a la información dada. Muñeco	
Planeando mi familia	Informar sobre las posibilidades del espaciamiento de los hijos y sus beneficios. Brindar información accesible y veraz acerca de los métodos anticonc. más seguros.	30 min.	Muestrario de los métodos anticonceptivos y 4 láminas con dibujos indicando las ventajas de los métodos y forma de usarlos.	Credencial con vales para diario fotografía y diplomas

ANEXO 7

MODIFICACIONES AL COMPONENTE PREA - POSTNATAL: SESION 1

PLATICA DINAMICA	OBJETIVO	DURACION	DESCRIPCION DEL MATERIAL	MATERIAL ENTREGA
Bienvenida al PREA: "Aprendiendo a cuidar a mi bebé"	Facilitar la integración del grupo, promoviendo un ambiente de confianza y cooperación.	15 min.	Lámina con cuadros en blanco y letras magnéticas para facilitar el juego	Diario PREA-POST NATAL
Amamantando a mi bebé II: "Aconsejando a Miriam"	Discutir las verdades y los mitos de la lactancia materna con el fin de promoverla	40 min.	Lámina con dibujos y preguntas y respuestas magnéticas. Material auxiliar utilizado en el PREA - NATAL	
Cuidando a mi bebé	Discutir y promover los aspectos más importantes del cuidado del bebé durante el 1o año de vida	40 min.	19 tarjetas para la educadora con preguntas sobre el cuidado del niño.	
Protegiendo a mi bebé de enfermedades	Promover la vacunación oportuna del bebé durante su primer año de vida	20 min.	Lámina con dibujos representando el esquema básico de vacunación	

ANEXO 8

MODIFICACIONES AL COMPONENTE PREA - POSTNATAL: SESION 2

PLATICA DINAMICA	OBJETIVO	DURACION	DESCRIPCION DEL MATERIAL	MATERIAL ENTREGA
Alimentando a mi bebé durante el 1o año de vida: Cuándo y cuáles alimentos ofrecerle Aconsejando a Gaby	Discutir los aspectos más importantes para promover la alimentación adecuada y oportuna durante el 1o año de vida	35 min. 15 min.	Lámina dividida en tres (0a4, 5 a 8 y 9 a 12 meses). Tarjetas magnéticas de alimentos.	
Cómo crece y se desarrolla mi bebé.	Brindar información relacionada al crecimiento y desarrollo del niño para que la adolescente sea capaz de identificar los cambios en su bebé.	35 min.	4 láminas con figuras magnéticas con dibujos para darle dinamismo a la información dada. Muñeco	
Jugando aprende mi bebé.	Discutir los aspectos más importantes para promover la estimulación del niño durante el 1o año de vida.	35 min.	5 láminas con dibujos y fotografías de los ejercicios que se recomiendan para el bebé.	Toma de la fotografía.

ANEXO 9

MODIFICACIONES AL COMPONENTE PREA - POSTNATAL: SESION 3

PLATICA DINAMICA	OBJETIVO	DURACION	DESCRIPCION DEL MATERIAL	MATERIAL ENTREGA
Conociéndome mejor: Los órganos y sus funciones	Brindar a los participantes información accesible y veraz acerca del funcionamiento del ap. sexual reproductor	50 min.	3 esquemas de órganos sexuales femeninos y masculino. Figuras magnéticas y 18 tarjetas magnéticas indicando funciones.	
Cómo no embarazarme: "Poniendo barreras"	Brindar a los participantes información accesible y veraz acerca de los métodos anticoncept.	20 min.	Esquemas de los órganos sexuales y figuras magnéticas.	Entrega de la foto
Eligiendo mi método anticonceptivo: Aconsejando a Rocío	Facilitar a las adolesc. el proceso de la toma de decisión de su método.	20 min.	Láminas de métodos utilizados en el PREA-NATAL, muestrario Lámina con preguntas y respuestas magnéticas.	

ANEXO 10

MODIFICACIONES AL COMPONENTE PREA - POSTNATAL: SESION 4

PLATICA DINAMICA	OBJETIVO	DURACION	DESCRIPCION DEL MATERIAL	MATERIAL ENTREGA	
Tomando mis propias decisiones (5 historias)	Reforzar los principales aspectos de la personalidad con la finalidad de que aumente su capacidad de toma de decisiones, solución de problemas, asertividad y planes de vida.	50 min.	15 láminas de manera de historieta para que la educadora las muestre a la adolescente.		
Mis planes al futuro (2 dinámicas)		30 min.			
Cierre		10 min.			
Evaluación de calidad de atención		5 min.			Questionario con dibujos.
Invitación a los CMA		10 min.			