

131

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO



CAMPUS - IZTACALA

LA CAPACITACION COMO PARTE DEL EJERCICIO  
PROFESIONAL DEL PSICOLOGO EN LA ATENCION  
A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA  
ADOLESCENTES

**REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL**

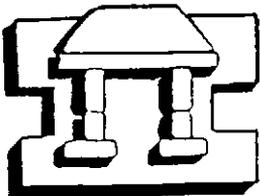
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A :  
**JUAN PEREZ SANCHEZ**

ASESOR: MTRO. HUGO ROMANO TORRES

293805

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

MARZO DEL 2001



IZTACALA



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 esta 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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**CAMPUS IZTACALA**

**LA CAPACITACIÓN COMO PARTE DEL EJERCICIO  
PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO EN LA ATENCIÓN A LA  
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA  
ADOLESCENTES**

**REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**JUAN PÉREZ SÁNCHEZ**

**ASESOR:**

**MTRO. HUGO ROMANO TORRES**

**SINODALES:**

**MTRA. LAURA RUTH LOZANO TREVIÑO**

**MTRO. ALFONSO VALADEZ RAMÍREZ**

**Tlalnepantla, Estado de México  
marzo del 2001.**

## Dedicatorias:

A mis padres por darme la vida, su cariño, guía y consideración.

A **Margarito**, por ser un gran hombre que lucha día a día, cuyo ejemplo es digno de seguirse. Te quiero papá.

A **Margarita**, por su gran influencia en cada uno de sus hijos y por su espíritu unificador. Te quiero mamá.

A Lorenzo, Elodía, Martín, Jacinto e Hilario por compartir con ustedes la hermandad. Son parte de mi vida. Los quiero mucho.

A mis tíos/as, especialmente a:

**Sabino**, por apoyarme incondicionalmente en un proyecto de vida, que hoy culmino. Muchas gracias tío.

**Antonio**, por enseñarme varios aspectos de la vida que merecen mi más profundo reconocimiento. Muchas gracias tío.

A mis primos Sánchez Escobar, quienes compartieron conmigo su hogar, su tiempo y afecto. Los quiero mucho.

A mis primos Sánchez Pérez, quienes me aceptaron en su casa y me orientaron.

A la memoria de Pancho, con quien compartí momentos especialmente inolvidables.

A Nina

Por compartir tu vida junto a la mía  
Por tu apoyo y calidad humana  
Por ser la edificadora de nuestra familia  
Por que te quiero mucho.

A Carlos Andrés  
A Ingrid Elena

Les dedico este trabajo con todo mi amor.  
Los quiere su papá.

A: Memo, Nena, Mony y Pepe

En reconocimiento por los apoyos que hemos  
recibido de ustedes.

## **Agradecimientos:**

**A Hugo Romano**

**Por tu confianza, paciencia y apoyo  
que me brindaste en la concreción de  
este proyecto.**

**A Laura Ruth**

**Por tu respaldo y orientación en este  
campo de la salud. Muchas gracias.**

**A Alfonso**

**Por tu tiempo y profesionalismo dedicado  
a este trabajo.**

## ÍNDICE

|   | Pag. |
|---|------|
| RESUMEN   |      |
| INTRODUCCIÓN  | 1    |
| CAPÍTULO 1. CONSIDERACIONES EN TORNO A LA SALUD<br>SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ADOLESCENTES                                       | 5    |
| 1.1. Adolescencia   | 5    |
| 1.2. Sexualidad   | 14   |
| 1.3. Salud sexual   | 20   |
| 1.4. Salud reproductiva   | 23   |
| CAPÍTULO 2. EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN EL PROGRAMA NACIONAL<br>DE ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y<br>REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES | 31   |
| 2.1. El psicólogo en la salud   | 36   |
| 2.2. Formas de intervención en salud sexual y reproductiva con adolescentes   | 40   |
| 2.3. El papel del psicólogo en la formación de los recursos humanos   | 48   |
| 2.4. Proceso de capacitación  | 51   |
| 2.5. Proceso de desconcentración de la capacitación   | 72   |
| CAPÍTULO 3. INFORME DE LAS ACCIONES DE CAPACITACIÓN<br>EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA<br>DE LOS/LAS ADOLESCENTES                | 76   |
| 3.1. Metodología  | 78   |
| 3.2. Recursos materiales y equipo   | 81   |
| 3.3. Procedimientos   | 82   |
| 3.4. Seguimiento a la capacitación  | 90   |
| 3.5. Proceso de desconcentración de la capacitación   | 93   |
| 3.7. Resultados   | 97   |
| 3.7.1. Cursos de atención a la salud sexual y reproductiva<br>para adolescentes   | 97   |
| 3.7.2. Personal capacitado  | 102  |
| 3.7.3. Distribución de psicólogos capacitados   | 105  |
| 3.7.4. Seguimiento a la capacitación  | 105  |
| 3.7.5. Capacitación progresiva  | 106  |
| 3.7.6. Módulos de atención a adolescentes instalados  | 107  |
| 3.7.7. Acciones de desconcentración de la capacitación  | 110  |

## RESUMEN

El presente informe de trabajo profesional surge de las acciones realizadas en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de los/las Adolescentes, iniciativa gubernamental, que opera en las unidades de la Secretaría de Salud, en todo el país; donde el psicólogo participa conjuntamente con otros profesionales de la salud: médicos/as, pedagogos/as, y trabajadores/as sociales, en una estrategia eminentemente preventiva de problemas de la salud derivadas del ejercicio de la sexualidad. El producto de su quehacer profesional, se entremezcla con las aportaciones de los otros profesionales que aquí concurren, traduciéndose en una práctica inter y multidisciplinaria cuyo fin es, fomentar esta área de la salud de la población que tiene de 10 a 19 años de edad; a través, de acciones mediadas por otros profesionales, que son habilitados para manejar y prevenir condiciones indeseables.

Su objetivo es, presentar una visión que contemple las funciones profesionales del psicólogo en las acciones de capacitación del personal multidisciplinario encargado de otorgar estos servicios a los/las adolescentes. Para lograr esta meta, se relatan las acciones llevadas a cabo en una estrategia de capacitación en cascada, con una perspectiva holística que incorpora aspectos biopsicosociales; por lo que, esta metodología conjuga las aportaciones de las disciplinas directamente relacionadas: medicina, psicología, pedagogía y trabajo social.

Los resultados más sobresalientes indican que fueron capacitados alrededor de un millar y medio de profesionistas de la salud, en diversos aspectos de la salud sexual y reproductiva en el periodo adolescente, cuya productividad, se expresa en más de un millón de acciones y consultas de este tipo hasta 1998, que seguramente contribuyeron importantemente en la prevención y/o tratamiento de embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual y problemas psicológicos, entre otros.

## Introducción

La psicología está teniendo una contribución cada vez más sobresaliente en los diversos ámbitos del quehacer humano, uno de estos campos es el de la salud; esta participación abarca sus diferentes estadios, evaluación, prevención y tratamiento (Llor, Abad, García y Nieto, 1995; Ribes, 1990). Asimismo, interviene en la investigación, promoción, cuidado, recuperación, calidad de la atención o en las relaciones humanas al ofrecimiento de los servicios de salud (Rodríguez y Palacios, 1992).

La persistencia de muchos problemas de salud en nuestro país, hace apremiante una vinculación interdisciplinaria que genere nuevas tecnologías que permitan mejorar su manejo, solución y prevención. Una muestra de lo anterior, corresponde al área de la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes que, bajo un detenido análisis representa un importante reto en la salud pública de México; basta ejemplificar que lo relativo al conocimiento sobre metodología anticonceptiva en estos jóvenes, la DGPF<sup>1</sup>, (1987), establece que "el 44% de varones y 32.7% de las adolescentes desconocía de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual"; reconociendo además, la carencia de estudios en áreas de igual relevancia como prácticas de sexo seguro, sexo protegido y autoprotección de la salud (Serrano, 1994).

Tomando en cuenta su conducta sexual los/las adolescentes iniciaban vida sexual activa (en los 80s), a los 16.2 años en promedio para los varones y a los 17.3 años en promedio para las jovencitas (CONAPO<sup>2</sup>, 1988; DGPF, 1987; Nuñez, Morris, Monroy, Bailey, Cárdenas y Whatley, 1986); sin embargo, en un estudio más reciente (Sánchez-Sosa y Fernández-Guzmán, 1995), se reporta que este

---

<sup>1</sup>Dirección General de Planificación Familiar (DGPF)

<sup>2</sup>Consejo Nacional de Población (CONAPO)

promedio disminuye casi un año, esto es, que el 37% de hombres y el 47% de mujeres que informaron haber tenido al menos una relación sexual, en ambos sexos, la edad modal de la primera relación sexual fue entre 15 y 16 años, en este intervalo estuvieron el 82% de los hombres y el 92 % de las mujeres.

Respecto a su conducta reproductiva, se establece que ocurren alrededor de 372,000 embarazos anuales en mujeres menores de 20 años (DGSR<sup>3</sup>, 1999b; SSA<sup>4</sup>, 1997); de los cuales cerca del 80% son inesperados (DGPF, 1987). Según Welti (1989), "el 37% de los hijos de madres menores de 15 años fueron concebidos por mujeres no unidas", (pp. 10).

Esta problemática, relacionada con la sexualidad y el comportamiento reproductivo de los/las adolescentes, se explica por la serie de cambios que les ocurren, sobresaliendo una notable asincronía entre la madurez biológica y la psicosocial, que los lleva a explorar, experimentar y a veces a involucrarse en conductas de alto riesgo para su salud, sin tener aún la madurez psicosocial que les permita prever y manejar las repercusiones de sus actos, aunado a un sistema educativo y de salud que tienen serias deficiencias para prevenirlos y atenderlos. Dichas condiciones se hacen preocupantes, si se considera que en nuestros días se está hablando de 21.6 millones de jóvenes que tienen de 10 a 19 años de edad, representando el 22.1% de la población total del país (INEGI<sup>5</sup>, 1999; CONAPO, 1998a, 1998b, 1999).

Considerando lo anterior, la Secretaría de Salud pone en marcha en julio de 1994 el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, como parte de las propuestas institucionales a las demandas de este sector en aspectos de información, orientación y por supuesto servicios de este tipo; su

---

<sup>3</sup>Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR)

<sup>4</sup>Secretaría de Salud (SSA)

<sup>5</sup>Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI)

enfoque es eminentemente preventivo, donde se privilegia la información y la orientación consejería; con una visión que fomenta actividades y conductas responsables, para que asuman su sexualidad de manera autónoma, consciente y sin riesgos. Sus objetivos centrales son la prevención de: embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA y adicciones, así como, atención de la adolescente embarazada. Para lograr estos fines se requiere de la coparticipación de varias disciplinas, las del área médica, educativa y del comportamiento, entre otras; donde la psicología está teniendo una participación cada vez más importante, muestra de ello, son los resultados presentados en el presente reporte de trabajo profesional, cuya meta es describir las funciones profesionales del psicólogo en la capacitación del personal multidisciplinario, para que otorguen servicios de salud sexual y reproductiva a adolescentes en las unidades de la Secretaría de Salud.

De esta manera, el presente escrito describe una estrategia fundamentalmente preventiva de problemas asociados al ejercicio de la sexualidad y la conducta reproductiva en el periodo adolescente, no como una acción directa, sino más bien como una acción mediada por paraprofesionales, donde el psicólogo transfiere sus conocimientos teóricos, metodológicos y prácticos a un equipo de profesionales de la salud para que éstos los apliquen en la prevención y/o manejo de tales problemas. Por consiguiente, esta labor gira alrededor de un conocimiento exhaustivo de la adolescencia como periodo de desarrollo biopsicosocial, donde las conductas sexuales pueden conducir a serias dificultades de embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual o conflictos emocionales que hay que prevenir (DGSR, 1999a; SSA, 1997; SSA, 1999). Además, requiere de un amplio conocimiento de aspectos psicopedagógicos que permitan por un lado el diseño curricular idóneo, así como la efectiva transferencia de los contenidos; por el otro, que preparen al personal operativo para el adecuado manejo de la tecnología preventiva.

El ámbito institucional en el que se desarrolló esta actividad, fue dentro de la Dirección General de Salud Reproductiva, que es el organismo gubernamental encargado de normar, coordinar, evaluar, asesorar y supervisar las acciones en la prestación de los servicios de salud reproductiva que se llevan a cabo en el país, así como en las unidades de la propia Secretaría de Salud.

Para alcanzar esta meta, el presente documento se ha estructurado en tres secciones, en la primera se presenta un marco conceptual que contextualiza aspectos centrales que trastoca el ejercicio profesional del psicólogo en el programa referido; la siguiente sección, resalta su concurrencia en la salud, de manera específica en salud sexual y reproductiva de adolescentes, donde sobresalen los tres ejes por los que se concretiza su quehacer profesional: prevención, desprofesionalización y la práctica inter y multidisciplinaria, culminando con una descripción del sistema y proceso de formación de los recursos humanos. Se continua con una explicación de cómo se da la capacitación a través de su secuencia lógica: planeación, organización, ejecución y seguimiento, asimismo, de su desconcentración; esta parte explica el *qué*, de esta actividad. Mientras que la última sección detalla la metodología, el *cómo*, a través de describir el proceso de las acciones de capacitación, se explicitan los objetivos de este reporte, se presentan los resultados generales obtenidos y un análisis global de su situación presente.

## **CAPÍTULO 1. CONSIDERACIONES EN TORNO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ADOLESCENTES**

El campo de la salud sexual y reproductiva del adolescente, es una área relativamente nueva, al menos como programa independiente en el sistema nacional de salud, por lo que es necesario presentar un marco conceptual que permita encuadrar los principales aspectos que trastoca el ejercicio profesional del psicólogo en dicho programa. Debido a esto, las consideraciones aquí vertidas van en sentido directo a estas funciones profesionales. Por lo que en primer lugar, se hace una amplia descripción de la adolescencia como periodo de desarrollo, se continua con sexualidad y salud sexual, se concluye con salud reproductiva.

### **1.1. Adolescencia**

La *adolescencia*, se refiere al periodo del desarrollo humano que va del final de la infancia al inicio de la edad adulta (DGPF, 1993; Krauskopf, 1997; DGSR, 1999a; Monroy, 1994); en dicha etapa, se presentan una serie de cambios biopsicosociales que transforman al niño en adulto.

Atendiendo específicamente a su origen etimológico, la palabra adolescencia viene del prefijo *ad* que significa, *a, hacia*; y de *olescere* que quiere decir, *crecer*, esto significa, *hacia el crecimiento*; o *la condición y el proceso de crecimiento*; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), (citado en DGSR, 1999a), este periodo de vida *abarca de los diez a los diecinueve años de edad*, mismo que se tomará como referencia normativa, en esta descripción.

La adolescencia constituye *una etapa de grandes y complejas transformaciones biopsicosociales*, enmarcadas en *tres fases: adolescencia temprana, adolescencia intermedia y adolescencia tardía*, estas no tienen una clara delimitación cronológica entre cada una de ellas, debido a que el proceso de desarrollo individual varía por la presencia de diversos factores que van desde los personales, familiares y sociales, pasando por los correspondientes a la raza, nivel nutricional, herencia, nivel socioeducativo o desarrollo sociocultural entre otros; sin embargo, al analizar poblaciones juveniles, estas comparten varias características, que se describirán más adelante (DGPF, 1993).

Es una etapa del desarrollo humano con un gran peso sociocultural, que muchas veces determina su extensión cronológica, dependiendo de la clase social o la cultura, abarcando 2 o 3 años, como es el caso de muchas comunidades rurales de México (DGPF, 1993); hasta 12 años o más, en el caso de las clases sociales medias y altas (Stern, 1995).

La *adolescencia temprana*, comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios o cambios puberales que en nuestro país, se aprecia entre los nueve y once años de edad para las niñas y entre los once y trece años para los niños, caracterizándose por un proceso acelerado de crecimiento físico, logrando la maduración de las funciones reproductivas y los órganos sexuales primarios, a la vez que aparecen las características sexuales secundarias. Como consecuencia de esta maduración, surge el impulso sexual como un ente novedoso e intenso para el muchacho y la muchacha, con las características y connotación erótica, del impulso sexual del adulto; se observa la menstruación en la adolescente y las poluciones nocturnas en el adolescente, mismo que ahora tendrá que manejar, aun cuando muchas veces no cuente con información al respecto (DGPF, 1990b; Rubin y Kirkendall, 1987).

Estos cambios anatomofisiológicos, se conocen como "*pubertad*"; que, colateralmente traen cambios en la autopercepción, reconocimiento de la propia imagen corporal, relaciones interpersonales y necesidad de autonomía entre otros; esto es, cambios psicosociales.

De hecho, la esfera psicológica se ve inmediatamente trastocada al afectarse la imagen corporal que, vale decir, se construyó a partir de las representaciones psíquicas del cuerpo en la etapa infantil, lo que implica no sólo el esquema visual de su cuerpo, sino además esquemas táctiles, olfativos, gustativos, del equilibrio y del tono muscular entre otros, mismo que al verse "repentinamente" modificado con la presencia de nuevas formas, dimensiones y sensaciones corporales como producto del crecimiento y desarrollo, generan inquietud y conflicto (Krauskopf, 1997).

Erickson (citado en DGPF, 1993), le da a la adolescencia una dimensión y fase de particular importancia, por constituir para el joven una etapa de crisis de la identidad personal y sexual, debido a que, estas transformaciones se presentan en forma "repentina", conllevando así confrontaciones entre la autopercepción, la autocatalogación y la realidad sociocultural que le circunda, su realidad.

Esta transformación de la imagen corporal suele traer consigo preocupación, y a veces angustia por desconocer hasta dónde llegarán tales cambios en el propio cuerpo, dado que el y la adolescente están sumamente influenciados/as por los medios masivos de información y su contexto en general; donde se reproducen mitos y tabúes que le hacen pensar si el tamaño de sus pechos y sus genitales, entre otras partes del cuerpo; tendrán las dimensiones normales, o crecerán desproporcionadamente como los que, los medios de información amarillistas difunden a diario. En este sentido, los/las adolescentes deberían de tener la suficiente información desde el sistema educativo y familiar que les ayuden a

identificar que, dentro de la "normalidad natural" existen variaciones que no significan patología alguna o malformación; en cambio, sí deberían estar preparados/as para distinguir aquellos problemas susceptibles de una revisión médica.

Durante esta fase se observa que, debido a la presencia incrementada de hormonas en sangre, los/las adolescentes tienden a presentar conductas impulsivas, fluctuaciones en el estado de ánimo, que pueden pasar de la irritabilidad a la euforia o la tristeza, a veces sin una causa aparente. Para muchos padres de familia, estas conductas suelen ser preocupantes o difícil de manejar. Esto es lo que Aberastury (1991), llamó "*Síndrome Normal de la Adolescencia*", sin que necesariamente quiera decir que todos/as los/las adolescentes presenten tales manifestaciones y, quienes no lo exhiban caen en lo patológico.

La tendencia grupal es otra conducta que se observa a partir de los cambios puberales, lo cual tiene una justificación psicológica importante; el/la joven al experimentar los cambios antes comentados y carecer de información suficiente y veraz, va a tratar de cubrir esta necesidad acercándose al/la amigo/a para observar los mismos cambios que a él/ella le suceden y al comparar que ambos transitan por los mismos sucesos le ayudará reducir temores, aumentar su confianza y desde luego a sentirse identificado con un grupo, ahora que las relaciones con los propios padres han cambiado.

Estos grupos de "pares", también llamados grupos isófilicos; comparten varias semejanzas como la edad, el sexo y el nivel de maduración entre otros. Suele observarse lo que se ha dado en llamar conducta homosexual transitoria, que desde luego incluyen conductas caracterizadas como tales en la conducta homosexual adulta; por ejemplo, se observan exhibiciones de genitales,

tocamientos, masturbaciones mutuas y besos entre otras conductas sexuales. De hecho, recordando el estudio de A. Kinsey en los 50s, donde encontró que alrededor de 1 de cada 3 encuestados reportó haber tenido al menos una experiencia homosexual en su vida, se puede deducir que tal experiencia surge en esta etapa de la vida, como un componente más del desarrollo en ciertas culturas.

Ahora, como lo establece Monroy (1994), "dicha conducta tiende a desaparecer en las fases siguientes de la adolescencia", lo que le da ese carácter de transitoriedad, de tal forma que durante la adolescencia, no se puede hablar de homosexualidad con la connotación de la homosexualidad adulta.

Dentro del proceso de desarrollo, en esta etapa el/la joven se observa ambivalente en cuanto a que por un lado, esta adquiriendo características morfofisiológicas diferentes al niño que le hacen autopercibirse grande, pero por otro lado, aun persiste esa necesidad de la caricia y el reconocimiento de los papás o las prerrogativas que se tenía en la infancia además del trato, lo que le hace experimentar una situación conflictiva. De igual manera, el proceso de maduración neurofisiológica, permite al adolescente adquirir una conciencia más clara sobre las nuevas sensaciones corporales, así como sus implicaciones; o se perciba como un ente dotado de cualidades especiales.

En la *parte intermedia de la adolescencia*, va a ser evidente la presencia de indicadores que señalan su ingreso a otro nivel de desarrollo; por un lado, se observa una mayor separación del adolescente de sus padres, de tal forma que e/la muchacho/a pasa mayor tiempo fuera de casa y en compañía de sus amigos/as, a tal grado que la familia y lo que ahí pasa puede ocupar un segundo término en las actividades y motivaciones del/la muchacho/a (Papalia y Olds, 1990).

Poco a poco la imagen corporal se va aceptando, observándolo en las manifestaciones en el vestir o en la práctica de los deportes, que desarrollen los músculos en los hombres, o que resalten la bonita figura en las jovencitas. En las fiestas y reuniones es ampliamente observado cómo en ellos/as, la apariencia tiene un lugar preponderante, de ahí que las modas tienen en este grupo sus más fieles seguidores; haciendo gala de esto, a través de la ostentación corporal creyéndose muchas veces el centro de la atención de todos.

Según Piaget (citado en Papalia y Olds, 1990), "otro aspecto de gran trascendencia personal y social que observa el adolescente es que, entre los 12 y los 16 años alcanza su madurez intelectual, llegando al estadio de las operaciones formales, es decir, se hace capaz de razonamiento hipotético deductivo, su forma de pensar se hace más abstracto. En otros términos será más consciente de las consecuencias futuras de sus actos. Ante una problemática determinada, puede pensar en función de lo que puede ser verdad y no sólo de lo que observa en una situación concreta, puesto que ahora puede imaginar una variedad ilimitada de soluciones; una vez que desarrolla una hipótesis, puede construir un experimento científico para probar dicha hipótesis y deducir si es verdad" (pp. 394).

En ocasiones, se hace ver a la adolescencia intermedia como la etapa más importante, por sus manifestaciones conductuales caracterizadas por un lenguaje muy particular, una forma de vestir muy propia, el gusto por una música determinada, el frecuentar determinados lugares, entre otras. Estas manifestaciones, van a tener un toque distintivo dependiendo de si se trata de un joven de estrato socioeconómico bajo o alto o si se trata de culturas diferentes; a tales expresiones se les ha denominado "Cultura Adolescente", todas estas

conductas son un reflejo de búsqueda constante de una identidad, de autonomía y necesidad de ser diferente a los adultos (Monroy, 1994).

Continuando con la filiación a grupos, en este periodo la pandilla adquiere su máxima expresión e importancia como instancia de referencia o pertenencia; asimismo el adolescente participa en los movimientos sociales a través de su incursión en algún grupo que puede ser escolar o comunitario; considerando que en esta fase el pensamiento es de tipo idealista, quiere cambiarlo todo esperando con esto un mundo mejor; sin devaluaciones, sin injusticias, sin guerras, entre otras buenas intenciones.

La conducta rebelde, resulta ser un comportamiento muy común en los/las adolescentes intermedios, cuyas expresiones van desde la desobediencia hasta confrontaciones directas y retadoras con los padres o con otras personas que representen autoridad; se ha estudiado plenamente estas manifestaciones y se ha encontrado que no es una conducta que presentaran todos/as los/las jóvenes, dado que es una manifestación de inconformidad en la búsqueda de autonomía, crecimiento y libertad, donde por supuesto es más evidente en aquellos/as, cuyos padres restringen sistemática y arbitrariamente el permiso, la toma de decisiones, el aprender a usar su tiempo libre y el noviazgo por mencionar los más comunes; puesto que son componentes importantes para el desarrollo humano (Monroy, 1994; Papalia y Olds, 1990).

La maduración que se ha logrado hasta el momento, permitirá la presencia de conducta heterosexual, acompañado de sentimientos y fantasías, que pueden significar enamoramientos intensos y fugases que al rompimiento suele generar gran dolor con rápido olvido; pero también pueden significar el inicio en las relaciones sexogenitales o coitales, como se establece en varios estudios al respecto, habiendo identificado que los muchachos tienen su primera relación

coital alrededor de los 16 años, mientras que las muchachas hacen lo propio a los 17 años, en promedio (DGPF, 1987; Nuñez, Morris, Monroy, Bailey, Cárdenas y Whatley, 1986; Sánchez-Sosa y Fernández-Guzmán, 1995).

Además de estas experiencias, surge la masturbación con una significación que antes no tenía, ahora es buscada para la liberación del impulso sexual, se es consciente de su valor como fuente de placer, observará que es una conducta matizada por muchos mitos y tabúes que le generarán dudas e inquietudes, por carecer de educación de la sexualidad necesaria.

La última *fase de la adolescencia*, presenta características que la distinguen de las anteriores, de manera tal que muchas de las conductas y actitudes infantiles todavía comunes en la primera fase han desaparecido, en su lugar, se observan otras más orientadas al comportamiento adulto (DGSR, 1999a; Rubin y Kirkendall, 1987). Esto, es resultado de un proceso de desarrollo integral, que le permite ir reconociendo sus habilidades y limitaciones conjugándolos con las exigencias sociales de definición y ubicación; cosecuentemente, ira tomando decisiones de gran trascendencia para si mismo, tendrá que pensar y decidir qué será de su vida en el futuro.

Como resultado de su madurez intelectual, traducido en la adquisición de "*pensamiento formal*", será capaz de seleccionar aquellas actividades u oficios más congruentes con sus intereses y posibilidades personales y familiares, que su ubicación socioeconómica le permitan (DGPF, 1993). En este sentido, la elección de la vocación denota, autorreconocimiento y autovaloración personal y sociofamiliar, lo que produce una disminución de la conducta rebelde, muy característica de la fase anterior. Se percibe a la autoridad como algo necesario y aceptable para la convivencia humana, haciendo que sus obligaciones por cumplir adquieran un sentido diferente, dejando de entenderlo como una

imposición irracional, asumiendo a la vez que su integración a tales roles sea una de las prioridades personales.

La reestructuración jerárquica de los valores, constituye también un aspecto del proceso de desarrollo que se observa en esta fase; esta reorganización se lleva a cabo más congruentemente con las condiciones de su entorno, sus intereses y su experiencia, basado en la educación que recibió en la infancia.

Por otro lado, se observa una mayor tolerancia a la frustración y al enojo, por lo que, ante tales situaciones su manejo se hace más razonadamente, suele negociar más en los casos que así lo permitan, presentándose disminución de conductas con un alto grado de emotividad.

Considerando que los procesos de crecimiento y cambios anatomofisiológicos han conducido a la madurez, se observa ahora una persona más segura de sí misma, con una gran motivación, muchas expectativas y con amplias perspectivas a lograr; entre las más sobresalientes se ubican: la independencia de su familia, la aceptación del trabajo y las funciones que asumen los adultos. Entre estas últimas, están las relaciones de pareja más significativas y maduras, la planeación del futuro y el rompimiento con la cultura adolescente (DGPF, 1993; DGSR, 1999a).

Se observa también, un incremento en la actividad sexual, lo cual le ayudará en la consolidación de su identidad personal y sexual<sup>6</sup>; tal actividad, se da más comúnmente porque ahora la conformación de parejas es más sólida y estable, desde luego como producto de una etapa evolutiva más compleja, que lleva implícitamente la aceptación del cuerpo, imagen y persona.

---

<sup>6</sup>Esto es, el pensarse, sentirse y conducirse como persona perteneciente a uno u otro sexo; Erikson (citado en DGPF, 1993).

Su nivel de madurez intelectual le permite un mayor apego a la realidad, con lo que el idealismo que lo caracterizaba va disminuyendo y reconoce que sus fantasías y deseos de producir cambios sociales, de desarrollo personal y estilo de vida se encuentran correlacionados a su capacidad y posición socioeconómica (DGPF, 1993).

Ante el cuestionamiento de ¿cuándo se puede decir que se ha superado o resuelto la adolescencia y se ha alcanzado la "adultez"? Algunos autores como, (Aberastury, 1991; Erikson, citado en DGPF, 1993; Papalia y Olds, 1990; entre otros), han compendiado una serie de indicadores de tipo funcional que denotan la incorporación a la etapa adulta, estos son: la separación e independencia de los padres o tutores, el establecimiento de la identidad sexual, la aceptación del trabajo, la elaboración de un sistema de valores personal, la capacidad de intimar y negociar, y finalmente un retorno a los padres en una nueva relación fundada en una relativa igualdad.

En conclusión, lo anterior no puede ser encuadrado en una edad cronológica, como lo establece la OMS, dado que por un lado hay situaciones socioculturales que pueden estar influyendo importantemente que hagan que estos indicadores puedan alcanzarse antes de los 17 años; o si se estudia una carrera universitaria con un postgrado, a los 24 o 26 años el joven aún depende económicamente de sus padres, no tenga un empleo y tampoco viva con su pareja; por consiguiente "adultez", psicosocialmente entendida, aún no se alcance en estas edades.

## **1.2. Sexualidad**

Es frecuente que al hablar de sexualidad se empleen indistintamente otros términos, como: sexo o relaciones sexuales como equivalentes o sinónimos; sin embargo, el sexo hace referencia exclusivamente al conjunto de características

anatómicas y fisiológicas que hacen diferentes al hombre de la mujer, a hembras de machos, y que al complementarse dichas diferencias se alcanza la potencialidad de la reproducción; mientras que la sexualidad es mucho más amplio (Katchadourian, 1984; Katchadourian y Lunde, 1985; Monroy, 1990).

Las relaciones sexuales, hacen alusión a relaciones interpersonales o simples relaciones humanas en tanto pertenecientes a un determinado sexo. Se parte de la idea que las personas al interactuar entre sí lo hacen con un sexo determinado; asimismo, con una visión, una actitud y comportamiento "propio" de su sexo y género, esto es, su historia personal, el ser sexual en toda su integridad. Valga siguiente comentario, las personas al convivir no lo hacen al margen de su sexo o género, en forma asexual. Por supuesto que éstas, pueden o no llevar a las relaciones sexuales, las cuales son conductas en donde se observa una participación de los órganos genitales en las interacciones humanas, que tienen como propósito la obtención de placer.

La sexualidad es una parte de la naturaleza humana mucho más amplia, no se limita a la actividad de las parejas en el dormitorio, ni a partes específicas del cuerpo, se expresa en el estilo de vida, en la forma de dar y recibir afecto y por supuesto en el comportamiento erótico sexual; hace referencia a los sentimientos, las actitudes y comportamientos cotidianos de la persona. Es un componente humano, presente desde el nacimiento hasta la muerte, donde el aprendizaje es la base de su conformación. Es parte integrante de su personalidad.

Los intentos por definirla han transitado por diversas vicisitudes, que van desde aquellos que han intentado lograr una gran precisión dejando fuera elementos importantes, que la limitan a sólo conducta sexual, por ejemplo, o aquellos que, en aras de integrarla en una visión más holística, han terminado por hacerla imprecisa o difusa.

En este momento, la definición que es más aceptada en el campo de la sexología, según la literatura (Katchdourian y Lunde, 1985; Masters, Johnson y Kolodny, 1987; Monroy, 1990); es aquella propuesta por John Gagnon (citado en DGPF, 1993), concibiéndola como: *"La expresión psicológica y social de los individuos en tanto seres sexuados, en una cultura y momento histórico determinados"* (pp. 57).

En tal descripción se hace patente la existencia de tres aspectos integradores; la cuestión biológica manifestada en, *"...las expresiones de los individuos en tanto seres sexuados..."*, remitiendo desde luego a *la anatomía y la fisiología sexual, a las gónadas, a las hormonas y las estructuras reproductivas*; la parte psicológica, estará dada por *los pensamientos, los sentimientos, las motivaciones, las actitudes y toda forma de conducta personal*; y, un tercer componente; el social, cuyos elementos son *las costumbres, los roles de género en la sociedad y el papel de los medios masivos de comunicación, la familia, la religión y el grupo social como informadores de la sexualidad*. La integración de estos factores en la sexualidad, permite verla con una visión más amplia, más integral, lo mismo que a la propia persona. Puede decirse entonces, que es la forma en que cada ser humano se manifiesta como hombre o como mujer, de acuerdo a su educación, normas y valores en su tiempo y en el marco de su cultura.

Con el propósito de ofrecer una visión más específica, se procederá a describir cada uno de sus componentes, a partir de la esfera biológica, recordando que la sexualidad, tiene un soporte biológico importante basado en el sexo, y que éste se caracteriza para su conformación en dos momentos de cambios en el desarrollo humano, uno en la etapa prenatal y otro al momento de la pubertad; esto también se le ha denominado, los dos momentos biológicos de la sexualidad (Katchadourian y Lunde, 1985). Por supuesto que esto se concretiza a través de procesos complejos de diferenciación sexual que se da a partir de la gestación.

Al momento de la fecundación, con el aporte cromosómico del espermatozoide y del óvulo, se establecerá el sexo genético, si el embarazo transcurre sin problemas, entre la 5a. y 20a. semana de gestación se suceden cambios hormonales (sexo hormonal) basado en el sexo genético, que van a dar como resultado la diferenciación de las gónadas y conformación de los órganos sexuales; esto es, el sexo gonádico y sexual, lo que permitirá que al momento del nacimiento el bebé presentará genitales claramente diferenciados, que facilitará la asignación de un sexo: masculino o femenino (Katchadourian y Lunde, 1985).

El otro momento biológico de la sexualidad se da justamente en la adolescencia, y que desde luego estará sustentado en el primero; entre los 9 y 11 años para las niñas y de los 11 a los 13 para los niños, la hipófisis, accionada por el hipotálamo y corteza cerebral, pero estos influenciados por factores como: la herencia, la raza, el nivel nutricional y la edad, entre otros; iniciará la secreción de las hormonas gonadotrofinas, que justamente van actuar al nivel de las gónadas. Estas a su vez, van a secretar otras hormonas que van a ser las responsables del proceso de crecimiento y maduración de los órganos sexuales y reproductores durante la pubertad, dando lugar a las diferencias corporales entre los y las adolescentes, las cuales incluyen las características sexuales secundarias, y fenómenos periódicos en la mujer como la menstruación y las primeras eyaculaciones en el hombre (DGPF, 1993).

A diferencia del sexo que es con lo que se nace, la sexualidad es lo que se aprende a lo largo de la historia personal y social. El inicio de este proceso se da a partir de la asignación de un sexo al momento del nacimiento, que es congruente con la conformación de los genitales externos del bebé (Masters, Johnson y Kolodny, 1987; Monroy, 1990). De tal manera que el médico que atiende el parto "asigna" el sexo: niño ó niña, esto se conoce como sexo social o

sexo de asignación. A partir de este momento los padres dan un trato diferencial a sus bebés como resultado de esta asignación (DGPF, 1990b).

Este trato diferencial hacia los hijos dependiendo de su sexo, se aprecia claramente en los estudios que reportan (Papalia y Olds, 1990); donde los padres primerizos tendieron a ver a sus hijas como más delicadas, con rasgos finos, frágiles, indefensas, etc.; y a sus hijos como con rasgos más bruscos, fuertes y autónomos, aún cuando no tuvieran diferencias físicas o morfológicas notables entre los dos grupos. Esto traducido en las interacciones cotidianas entre padres e hijos permite observar que a la niña se le permite llorar más, se le sobreprotege con más frecuencia; mientras que al niño, se le evita llorar, se fomenta su autonomía y se le promueven actividades más bruscas; asimismo, ciertos juguetes y juegos son exclusivos para niños y otros para niñas. Lo anterior, recibe una retroalimentación social continua en el/la niño/a a medida que va creciendo (DGPF, 1993); de manera que, la/s persona/s con la/s que el/la niño/a convive: hermanos/as, tíos/as, abuelos/as, maestros/as, entre otros, van a ir estructurando su sexualidad.

El proceso de socialización se da de manera automática, inconsciente y continua, entre los diferentes actores del proceso, permitiendo que el/la niño/a internalice esquemas de comportamiento y actitudes que se suponen "propios" de su sexo (Bandura, citado en Masters, Johnson y Kolodny, 1987; Monroy, 1990). Consecuentemente, entre los 18 meses y los cinco años, se establece la identidad de género<sup>7</sup> y el rol de género<sup>8</sup>. Esto, lleva al/la niño/a no sólo a

---

<sup>7</sup>"Es la mismidad, unidad y persistencia de la individualidad de cada uno en tanto macho o hembra, o ambivalente, en diferentes grados, especialmente tal como se la experimenta en la conciencia de sí mismo y en el comportamiento; la identidad genérica es la experiencia privada del rol genérico, y el rol genérico es la expresión pública de la identidad genérica" (Money y Ehrardt, citado en Katchadourian, 1983), pp. 31.

<sup>8</sup>Identidad y rol de género, son dos conceptos que engloban dos componentes psicosociales de la sexualidad, empleados por primera vez por John Money,

percibirse perteneciente a un determinado sexo sino también a comportarse congruentemente como la sociedad establece, que deben comportarse las personas pertenecientes a ese sexo.

Una vez establecida la identidad y el rol, la familia y la sociedad en su conjunto se encargarán de reforzarlo constantemente, a través del proceso de socialización o de aprendizaje social, el cual responde y está sujeto a patrones culturales específicos de cada sociedad, patrones que no son estáticos, permanentes ni únicos, y en cuya dinámica está la evolución misma de la sociedad (Papalia y Olds, 1990).

En la adolescencia, la sexualidad ha pasado ya por un proceso de estructuración y educación (desarrollo psicosexual); de manera que, se le puede observar a través de varios de sus componentes como: el del impulso y comportamiento sexuales, las actitudes y valores, la identidad genérica, el rol de género, los vínculos de pareja y orientación sexual, el conocimiento y habilidades sexuales (OPS y OMS, 1992); cuyas características, se asemejan más a las adultas.

En síntesis, la sexualidad humana es una parte de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo; es un elemento básico de la femineidad o la masculinidad, de la autoimagen, de la autoconciencia y del desarrollo personal, es parte del deseo para la satisfacción personal, estimula las necesidades de establecer relaciones interpersonales significativas con otros.

---

para referirse a la masculinidad y la femineidad, en sus aspectos no biológicos.

### 1.3. Salud sexual

Actualmente se da una gran discusión en varios ámbitos, para distinguir la salud sexual de la salud reproductiva. Por un lado, se opina que la salud reproductiva incorpora a la salud sexual, mientras que por otra parte, se piensa a la inversa, o se cree que ambas llevan a lo que tradicionalmente se concibe como salud y que no tiene caso fraccionarla de esta manera. Así, López (1996), considera que la salud reproductiva es un concepto reduccionista enfocado a la salud en la etapa reproductiva del ser humano, mientras que salud sexual es más integral, dado que totaliza al ser sexual en todas sus dimensiones en las diferentes etapas de su vida. Finalmente, se ha juzgado que son aspectos específicos que deben ser considerados por separado, sobre todo en la prestación de servicios de salud (Monroy, 1990).

Bajo esta panorámica se presenta un encuadre conceptual de la salud sexual en nuestros días considerando que ha sido desde la antigüedad objeto de estudio y preocupación del ser humano, ya que los griegos tenían muchas muestras de lo anterior en la ciencia y en el arte. Sin embargo, es hasta la década de los 70s en que la OMS (1975), en una reunión de expertos en Ginebra; estableció que la salud sexual "es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecidos y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor" (pp 6,7).

Recientemente, López (1996) estipula que "es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, que no incluye como elemento indispensable la procreación porque en esencia, la sexualidad se desarrolla en la comunicación, la convivencia y el amor entre las personas".

Por su parte, Rubio (1996) reconoce que un problema sexual aparece cuando algunas de las partes de la sexualidad (o de lo sexual) se expresa en forma indeseable, o cuando no lo dejamos que se exprese. La salud sexual, se adquiere cuando los cuatro componentes (holones) de la sexualidad: la reproducción, el género, el erotismo y la vinculación afectiva se expresan libremente

Interpretando a los principales teóricos, se puede deducir que la salud sexual está integrada por: 1. Aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, y para regularla de conformidad con una ética personal y social. En otras palabras, conducta sexual responsable, mutuo acuerdo, libre de explotación y placentero (Haffner, 1998).

2 . Ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la relación sexual o que la perturben (Coleman, 1997).

3 . Ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva (OMS, 1975).

La salud sexual destaca la significación de los aspectos cualitativos para el ser humano, como el desarrollo del plano personal, el vínculo con los otros, el valor de la afectividad y la comunicación; mientras que la salud reproductiva hace énfasis en los aspectos relativos a la fecundidad y los procesos reproductivos, más orientado a la salud materno-infantil, en cuanto a sus condiciones y riesgos, además de la relación de pareja (Cerruti, 1995).

Como la salud sexual se basa en el equilibrio logrado en lo somático, en lo psíquico, y por supuesto en lo social, del ser sexual<sup>9</sup>, a lo largo de su desarrollo, la salud reproductiva constituye sólo una parte de ese ser, se circunscribe a su periodo reproductivo. Trastoca, aspectos tan diversos y complejos como: la higiene de genitales, la menstruación, las poluciones nocturnas, la identidad y el rol genéricos, prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual; los valores universales en las relaciones interpersonales, la capacidad de amar: dar y recibir afecto, vida sexual satisfactoria, miedos y tabúes relacionados con la reproducción, además de equidad en las relaciones intergenéricas. Está estrechamente ligada con la higiene sexual, en tanto que se ocupa de conservar la salud y prevenir las enfermedades en el individuo o la pareja, que el ejercicio de la sexualidad puede plantear en los diversos momentos del desarrollo humano.

En las acciones llevadas a cabo con adolescentes, es necesario reconsiderar la importancia de la salud sexual en este grupo, debido a que por las deficiencias, en educación de y para la sexualidad otorgadas por la familia y en el sistema educativo; éstos carecen de información veraz, suficiente y necesaria para manejar su "naciente" impulso sexual; o desconocen el manejo de las propias relaciones de pareja y no están informados sobre cuáles son las opciones que tienen para satisfacer sus necesidades sexuales (DGPF, 1990b). Este desconocimiento afecta sensiblemente su salud sexual llevándolos a reprimir, desviar o a exponerse a conductas sexuales de alto riesgo, como son: las relaciones coitales sin protección contra infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados o frustraciones por incompatibilidad sexual, entre otros (DGPF, 1993). En otros términos, la ignorancia sobre cuestiones sexuales, los mitos arraigados, algunos valores y costumbres, están directamente relacionadas

---

<sup>9</sup>Se emplea esta terminología para referirse a la persona íntegra, (como ente biopsicosocial) considerando su pertenencia sexogenérica.

con diversos problemas sexuales, de salud y hasta con la calidad de vida de la persona (OMS, 1975).

De acuerdo con la OMS (1975), en las acciones de salud sexual se han podido identificar una serie de problemas, clasificados en cuatro puntos principales: 1. Los relacionados con infecciones. Enfermedades de transmisión sexual que pueden provocar dificultades sexuales. 2. Los relacionados con el ciclo vital. Problemas que sobrevienen en relación con el embarazo, el parto y el puerperio; el climaterio, problemas vinculados al ciclo menstrual e inmadurez cognoscitiva. 3. Los relacionados con la evolución técnica: uso de preservativos, contracepción hormonal o dispositivos intrauterinos. 4. Los ligados con factores socioculturales. Las costumbres, tradiciones, nivel socioeducativo, educación de la sexualidad; así como factores jurídicos y económicos.

En conclusión, la salud sexual en la adolescencia está asociada a múltiples factores, repercutiendo no sólo en la parte física, sino también en la emocional, en la adecuada adaptación al entorno y desempeño como ser sexual o como pareja. Es una característica humana que se le puede observar a lo largo de toda la evolución personal, es decir, desde la infancia, pasando por la adolescencia hasta la etapa adulta y senectud. Incluye el armónico funcionamiento sexogenital, pero también la expresión libre y responsable de las conductas sexuales dentro de un contexto sociocultural. Es una condición más centrada en la persona, que en la pareja.

#### **1.4. Salud reproductiva**

El término salud reproductiva, puede decirse que es un concepto joven que a venido empleándose entre la década de los 70s y los 80s; surgido por supuesto de las investigaciones y prestación de servicios de planificación familiar en el

mundo, como resultado de observarse la estrecha relación existente entre acciones de regulación de la fecundidad<sup>10</sup> y la salud física materna e infantil.

Si se hiciera una remembranza de cómo se llega a este hecho, podría uno remitirse hasta el argumento ecológico de Robert Malthus en 1789, pasando por los beneficios sociales del control de la fecundidad observados por el sindicalista británico Francis Place. Ya en el siglo XIX, Charles Knowlton, un médico de Massachusetts, llamó la atención sobre *la precaria condición de salud de la mujer multipara, es decir mujeres con más de cinco embarazos o hijos* (Omran y Solis, 1992).

Margaret Sanger, feminista estadounidense, destacó la planificación familiar como medio para la emancipación de la mujer y acuñó en 1914 el término "*control de la natalidad*"; en la segunda mitad del siglo pasado, retoman fuerza estas corrientes con el propósito de enfrentar los problemas de sobrepoblación que se venía observando en el mundo, de tal forma que las acciones de planificación familiar o control de la fecundidad impulsadas a nivel mundial, en un inicio tuvieron un carácter eminentemente demográficos, por esa preocupación surgida de observar los efectos sociales, ecológicos y económicos de la sobrepoblación, en países en desarrollo principalmente.

Dentro del área de la salud se venían considerando los beneficios de la regulación de la fecundidad en las personas, sus hijos y sus familias. La correlación planificación familiar mejor salud materno e infantil, pronto se hizo patente, y por supuesto surgió como bandera para justificar y reforzar programas nacionales de planificación familiar en el mundo. Ya en 1971, Omran, distinguía esta estrecha vinculación entre la salud y la planificación familiar, logrando

---

<sup>10</sup>En su acepción más amplia, consiste en cualquier intervención que altere la fecundidad natural, como la prevención de embarazos no deseados y la atención a problemas de infertilidad.

inmediatamente una aceptación universal (citado en, Omran y Solís, 1992). "Lo anterior fue confirmado en las dos conferencias mundiales sobre población, la celebrada en Bucarest en 1974 y en México en 1984, donde las naciones participantes aceptaron la planificación de la familia como un derecho humano", (pp. 58).

En nuestro país se incorpora este derecho en el marco de la Ley General de Población de 1974, y en la Constitución como: "el derecho a decidir de manera libre responsable e informada, acerca del número y espaciamiento de sus hijos". La planificación familiar, es entonces considerado, dentro de las políticas de población, como un medio para reducir la fecundidad y mejorar la salud materno-infantil (Urbina, Echarri y Benet, 1994).

La evolución de la planificación familiar en el mundo, ha permitido reconocer las interrelaciones entre la conducta reproductiva y la salud de la población. Consecuentemente, la atención se ha enfocado ahora mayormente, a buscar optimar las condiciones en las que se llega y desarrolla la reproducción, es decir la *salud reproductiva*.

**La salud reproductiva**, se entiende como "*el bienestar biopsicosocial que los individuos de ambos sexos logran al reproducirse gozando plenamente de su sexualidad con el menor riesgo para su salud, y que tampoco exista menoscabo en el crecimiento, desarrollo y sobrevivencia del producto de la concepción*" (Out Look, 1995; Tolbert y Morris, 1997; Urbina, Echarri y Benet, 1994).

Significa, en otros términos:

- Que la gente tenga la habilidad para reproducirse tanto como para regular su fertilidad.

- Que el resultado de la gravidez sea dichoso en términos de buen estado materno y supervivencia infantil,
- Que la mujer sea capaz de llegar al embarazo y al parto sin daño.
- Que las parejas sean capaces de tener relaciones sexuales libres de miedo de un embarazo no deseado y de contraer enfermedades; y
- La conducta reproductiva, sin repercusiones psicoemocionales y socioeconómicos adversos.

Otras definiciones existentes (Farnot, 1992; Omran y Solis, 1992), contemplan básicamente los mismos componentes, de forma tal que el Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes ha precisado sus características bajo una visión más amplia, considerando que *"debe entenderse a la salud reproductiva como el estado de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos"*. Asimismo, el Poder Ejecutivo Federal: PEF (1995), la concibe como, *"la capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgo, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos"* (pp. ii).

Tales definiciones surgen en el área médica o en la prestación de servicios de planificación familiar, por consecuencia su enfoque está eminentemente orientado hacia la salud física, aún cuando se contemplan aspectos socioculturales o psicológicos, no se les da la importancia que tienen. En este sentido, han surgido nuevas voces (Figueroa, 1991; Welti, 1995), argumentando que en salud reproductiva tendría que darles el peso que les corresponde a dichos factores, debido a que ésta va a presentar variaciones importantes ante situaciones de pobreza, niveles de escolaridad o información y lugar de residencia, por ejemplo.

Actualmente la corriente en salud reproductiva más predominante, es aquella que la explica basado en un "enfoque de riesgo" <sup>11</sup>, este concepto desempeña una función vital en la atención primaria de salud, dirigiendo la atención hacia las comunidades, las familias y las personas más vulnerables y hace posible adoptar medidas profilácticas para reducir la prevalencia de algunos factores de riesgo entre la población; de tal manera que en la actualidad están plenamente identificados y destacados un gran número de factores (conductas reproductivas) de riesgo, que afectan de manera adversa la salud de la madre, enfocado a la salud materno infantil (Omran y Solis, 1992).

**Factor I. Embarazo precoz o tardío.** *La edad y la salud de la madre.* Se establece que la salud y la vida de la mujer y su hijo se ven seriamente comprometidos cuando el embarazo se presenta sobretodo antes de los dieciocho años (*en pleno crecimiento*) o que, antes de cumplir los veinte años, haya tenido múltiples embarazos. Por otro lado, los embarazos en mujeres mayores de 35 años (*cuando se inicia el envejecimiento*), constituyen serios riesgos para presentar enfermedades y afecciones asociadas con el embarazo tardío. Los problemas asociados a la conducta reproductiva precoz o tardía, incluyen: la pérdida del feto, la mortalidad perinatal, la mortalidad infantil, bajo peso al nacimiento, prematurez, ruptura uterina, enfermedades del cuello uterino y Síndrome de Down.

---

<sup>11</sup> Se basa en el conocimiento de que algunas poblaciones e individuos corren mayor riesgo, que otros de sufrir enfermedades y lesiones, y por lo tanto requieren mayor atención, Farnot (1992), pp. 80. Es un abordaje conceptual y metodológico que plantea: a) las personas, las familias y los grupos tienen diferentes grados de posibilidad de desviarse de la salud y el bienestar. Estas variaciones dependen del equilibrio existente entre eficaces recursos y necesidades; b) el control de los factores de riesgo, por supresión o compensación, disminuye la posibilidad del daño (prevención primaria) y el refuerzo de los factores protectores, aumenta la posibilidad de una mejor salud (prevención primordial). OPS y Fundación Kellogs (1999).pag. 5.

**Factor II. Embarazos muy frecuentes.** *El espaciamiento del embarazo y la salud.* La medicina ha establecido plenamente, que durante el embarazo la madre disminuye sus propios recursos biológicos y nutritivos a causa del crecimiento del feto, después de un nacimiento la madre necesita tiempo para recuperar esos recursos y para prepararse para otro embarazo, si se amamanta, naturalmente que las necesidades de nutrición aumentan; se concluye que entre tres y cuatro años sería el periodo mínimo o de seguridad entre embarazos, ya que con periodos más cortos aumentarían los riesgos para la mujer y su hijo.

Los problemas y enfermedades más asociados con periodos cortos, incluyen pérdida del feto, pérdida perinatal y mortalidad infantil (zonas pobres), desarrollo de toxemia y partos prolongados en la mujer.

**Factor III. Embarazos en demasia.** *La paridad y la salud.* Es bien conocido que la alta paridad es un factor importante de riesgo. La paridad indica el número de nacimientos por mujer, considerando multiparidad, cinco o más embarazos y/o nacimientos.

Las mujeres multiparas presentan una mortalidad y morbilidad más altas. Sus embarazos corren riesgo de pérdida en la etapa fetal, mortalidad perinatal, mortalidad infantil durante la niñez temprana. Los niños muestran también deficiente desarrollo físico e intelectual y deficiente salud general.

**Factor IV. Embarazo no deseado.** *La contrariedad reproductiva y la salud.* Ante situaciones como esta merecen ofrecerle una atención especial, dado que es ampliamente conocido que la mujer presenta conductas incompatibles con un embarazo feliz, lo más común ante estos casos es que se recurra a su interrupción con toda la implicación biopsicosocial que esto conlleva; cuando esto

último no se logra, por supuesto que aparecerán otras consecuencias como hijo no deseado, abandonado o probable maltrato físico y emocional, entre otros.

Como se habrá observado en esta última parte, la salud reproductiva está sumamente orientada hacia la salud materno e infantil y por supuesto enfocado a factores más bien biológicos; dejando a un lado la importancia que tiene la pareja en el comportamiento y proceso reproductivo, así como los factores psicológicos, socioculturales y económicos que van a incidir fuertemente en la salud reproductiva (Figuroa, 1991; Urbina, Echarri y Benet, 1994).

Adquieren especial importancia en la conducta reproductiva y la salud de las personas y parejas, la pobreza, estructura y conflictos familiares, baja autoestima, inasertividad, inestabilidad emocional, hábitos y adicciones, discapacidades, pareja y características del vínculo, expectativas de vida, baja escolaridad, pobre educación de la sexualidad, deficientes oportunidades de desarrollo personal, valores sociales y religiosos e inaccesibilidad de los servicios de salud.

Desde la perspectiva del enfoque de riesgo es conveniente no sobredimensionar algunos, restando importancia a otros, que incluso pueden ser determinantes; así las acciones de planificación familiar o regulación de la fecundidad, son una condición necesaria pero no suficiente para el logro de la salud reproductiva.

Finalmente, el Programa Nacional de Salud Reproductiva está conformado por tres componentes, que son: la planificación familiar, la salud perinatal y la salud de la mujer. La planificación familiar está integrada por los siguientes subcomponentes: anticoncepción post-evento obstétrico; anticoncepción quirúrgica voluntaria; Información y comunicación educativa y social; por último, prevención y manejo de la infertilidad. El componente de salud perinatal está integrada por: la salud perinatal con enfoque de riesgo, incluyendo atención

prenatal, del parto, del puerperio y del recién nacido; atención del aborto incompleto y sus complicaciones; promoción y fomento de la lactancia exclusiva y del alojamiento conjunto; la prevención de defectos al nacimiento, reanimación prenatal y la salud sexual y reproductiva de la población adolescente. Por último, el componente de la salud de la mujer se integra de los servicios de atención a la mujer; la prevención, diagnóstico, control y vigilancia epidemiológica de los cánceres cérvico uterino y mamario; estudio y manejo del climaterio la post-menopausia, así como perspectiva de género en la salud reproductiva. Estos componentes y subcomponentes, representan las áreas donde habrán de incidir las acciones para alcanzar el objetivo del programa nacional de salud reproductiva (DGSR, 1999a; DGSR, 1999b).

## CAPÍTULO 2. EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN EL PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

Las actividades profesionales del psicólogo dentro de las instituciones asumen una gran diversidad, identificando aquellas que tienen que ver con la investigación, entrenamiento de personal o las de facilitador de relaciones interpersonales, pasando por la modificación de conductas a través de la terapia o educación, hasta funciones de entrevista y selección de personal, así como la asesoría educativa (Caballero y Lahera, 1998; Ceron, 1997; Fernández, 1992). Muchas de éstas, las lleva a cabo en el área de la salud sexual y reproductiva de adolescentes.

El campo de aplicación de la psicología que a continuación se va a describir adquiere características trascendentes, dado que tradicionalmente ha sido terreno laboral exclusivo del médico. Aún cuando desde tiempo inmemorable se reconocían las influencias entre la parte biológica del ser humano y lo psicosocial, en la salud o enfermedad; no se había mostrado una apertura real en las instituciones para que el psicólogo trabajara inter o multidisciplinariamente con el médico o equipo de salud, lo cual por supuesto rompe con un modelo eminentemente biomédico de atención a la enfermedad.

Actualmente, las funciones del psicólogo en salud reproductiva, asumen tres grandes vertientes: *primero*, la solución de problemas conductuales a través de la formación del personal que fungirá como mediador (capacitación de otros profesionales); *segundo*, es común que las estrategias y tecnología empleadas sean producto compartido con otros profesionales que coparticipan en un mismo

proyecto para la solución de un problema de salud pública; y *finalmente*, la práctica psicológica en salud reproductiva, permite la prevención de las conductas desadaptativas a través de la evitación de aquellas condiciones y conductas de riesgo que la propician. Estas tres vertientes hacen referencia a la desprofesionalización, la práctica inter o multidisciplinaria y la prevención como formas de intervención psicológica en esta área.

El trabajo que se reporta da especial relevancia a la prevención de los problemas de salud, así como a su promoción, donde la formación de los recursos humanos es el eje de dichas acciones. Por lo que, el psicólogo como profesional que conoce los principios que rigen la conducta humana, tiene un trascendente papel en la implementación de metodologías y nuevas técnicas de intervención, para fomentar conductas saludables o la prevención de problemas, a través de identificar aquellas conductas o condiciones de riesgo que pudieran incidir en la salud de las personas.

El propósito de este capítulo, es presentar una panorámica del trabajo del psicólogo en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, específicamente en la formación de los recursos humanos, y del proceso de desconcentración de la capacitación; donde se describe su perfil, se fundamenta la importancia de su colaboración, se identifican sus funciones particulares y participación al interior de un equipo inter/multidisciplinario (de salud).

### **Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes**

Este programa surgió en marzo de 1994, producto del consenso logrado en la "Declaración de Monterrey" en noviembre de 1993, donde las instituciones participantes reconocen la necesidad de educar a la población adolescente acerca de su sexualidad, creando espacios para su atención integral con énfasis

en salud reproductiva, a fin de que modifiquen sus conductas y actitudes; asuman su sexualidad de manera autónoma, conscientes y responsables, a través de la formación de equipos multidisciplinarios capacitados y sensibilizados que les aseguren atención, confiabilidad, respeto y motivación (DGPF, 1994).

Es conveniente aclarar que en la reunión de Monterrey, las instancias participantes reconocen estas necesidades, de manera que, como resultado se plantea su plataforma, misión y objetivos, que servirían de marco a sus respectivos programas donde la Secretaría de Salud, asumiría la coordinación general en la normatividad, asesoría y supervisión; por lo que, a continuación se describirá el programa de este tipo que se está llevando a cabo al interior de esta institución de Salud.

Su objetivo general es el de contribuir a la salud sexual y reproductiva de la población que tiene de 10 a 19 años de edad, proporcionándoles servicios médicos con información y orientación en: sexualidad, salud sexual y salud reproductiva; que permita la prevención del embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA y adicciones; así como atención a las adolescentes embarazadas, dentro de las unidades médicas de la Secretaría de Salud.

El programa funciona en los ámbitos nacional, estatal y municipal; en su nivel central (nacional) se conforma de un comité interinstitucional de atención a la salud reproductiva del adolescente, presidido por la propia SSA e integrado por diversas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales; este comité se apoya en el subcomité que verifica sus avances, presidido por la Dirección General de Salud Reproductiva, integrado a su vez, por instituciones y grupos involucrados en la prestación de servicios a adolescentes (DGPF, 1994).

En el nivel estatal, se conforma por la jefatura de los servicios estatales de salud y los organismos públicos y privados vinculados con los/las adolescentes que tienen representación en la entidad. En el ámbito municipal, el director de la jurisdicción sanitaria correspondiente se coordina a dicho nivel, con los grupos o instituciones existentes en su área de influencia para conducir el programa.

Se siguen cuatro estrategias centrales, educación en salud reproductiva, atención médica en prevención primaria, atención médica en prevención secundaria e investigación y evaluación; en estas se integran diversas acciones alrededor de la salud reproductiva como eje central.

La estrategia educativa en salud reproductiva, promueve y desarrolla en la población adolescente conocimientos y actitudes en pro de su salud reproductiva para favorecer la toma de decisiones autónoma y consciente, a través de: 1. Establecer un sistema permanente de información y educación sobre salud del adolescente, con énfasis en salud reproductiva. 2. Capacitar al personal involucrado en la realización de acciones dirigidas a los adolescentes. 3. Realizar en coordinación con organizaciones públicas, privadas y laborales entre otras, actividades educativas dirigidas a padres de familia, maestros y adolescentes.

La estrategia médica, en prevención primaria, se enfoca a prevenir el embarazo no planeado, las infecciones de transmisión sexual y adicciones, su propósito principal, es brindar a los/las adolescentes servicios médicos en salud sexual y reproductiva que prevengan estos problemas, recurriendo a la promoción, información, comunicación y educación adecuadas.

La segunda estrategia médica, en prevención secundaria, está orientada a prevenir complicaciones del embarazo (atención prenatal y perinatal), así como incidir en la prevención del siguiente embarazo si no se desea, con importantes

acciones, como la vigilancia del embarazo, promocionando y dando seguimiento al control prenatal, así como la lactancia materna; refiriendo oportunamente a las adolescentes embarazadas a centros de apoyo psicosocial y educativos, además de la capacitación para el trabajo, que favorezcan su desarrollo personal y familiar.

La investigación y evaluación, es la última estrategia del programa, esta se encarga de implementar un sistema de control en las áreas médica, psicológica, así como la social. Se hace una evaluación continua del programa, a través de generar información y conocimientos que permitan el mejoramiento de sus estrategias, creando el registro que permita ir "midiendo" sus objetivos.

El programa opera con un modelo que se apoya en dos niveles de atención, centros de salud y hospitales de segundo nivel. En los centros de salud se cuenta con un módulo<sup>12</sup> de atención al adolescente, donde el personal lleva a cabo acciones de educación en salud reproductiva, orientadas a la prevención primaria del embarazo, las infecciones de transmisión sexual, etc.; a través de atención médica específica, actividades de difusión, promoción del autocuidado, y orientación-consejería en sexualidad, salud sexual y reproductiva; asimismo, el control prenatal y en caso necesario la referencia a un segundo nivel de atención.

En los hospitales, se llevan a cabo acciones orientadas tanto a la prevención primaria como a la prevención secundaria del embarazo, de las infecciones de transmisión sexual, con información, promoción del autocuidado, atención a la adolescente embarazada, atención del parto y del recién nacido además de la orientación en metodología anticonceptiva.

---

<sup>12</sup>Módulo de atención a adolescentes, concepto que hace referencia al equipo de salud compuesto principalmente por cuatro profesionales: médico/a, psicólogo/a, trabajadora social y enfermera/o; que atienden a los adolescentes en un espacio físico (consultorio/s) más o menos determinado dentro de una unidad de salud.

## 2.1. El psicólogo en la salud

Los avances en la psicología social y educativa han confirmado y precisado las relaciones existentes entre algunas conductas, asociadas a ciertas condiciones socioculturales, con problemas de salud. Asimismo, los logros de la psicología experimental, clínica y psicofisiología han delimitado vínculos entre los procesos psicológicos y los fisiológicos, lo que a su vez permite consolidar el papel de la psicología y, por ende del psicólogo.

La trayectoria de la psicología en el campo de la salud, ha incidido en el tratamiento y manejo de diversos padecimientos, como trastornos de la alimentación: bulimia y anorexia; adicciones: farmacodependencia, alcoholismo y tabaquismo; insomnio; parto psicoprofiláctico; trastornos psicosomáticos: úlceras, dolores de cabeza, y trastornos sexuales, entre otros (Rodríguez y Palacios; 1992); permitiendo su consolidación como una área interdisciplinaria de la psicología, conocida como; la psicología de la salud. Su contribución ha sido tan sobresaliente como variada, que la Asociación Psicológica Americana la ha definido como: "El conjunto de contribuciones de la disciplina psicológica, en lo científico y profesional dirigido a: la promoción y mantenimiento de la salud; la prevención y el tratamiento de la enfermedad; la identificación de los correlatos etiológicos y de diagnóstico de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones relacionadas; el análisis y mejoramiento de los sistemas de salud; y la formulación de políticas de salud" (citado en Rodríguez y Palacios, 1992).

En las últimas décadas, se ha dado en nuestro país una mayor apertura, para implementar nuevas tecnologías orientadas a mejorar condiciones de salud, sobresaliendo las preventivas, resultando de esto estrategias como: "la educación para la salud", "ambientes saludables" o "atención primaria de la salud"; estrategias que van dirigidas principalmente al desarrollo comunitario a través de

acciones educativas, autogestivas o informativas a grupos de riesgo. Sus postulados explican las relaciones entre ciertos estilos de comportamiento y los estados de salud y enfermedad.

En este sentido, el psicólogo, por medio de sistemas de evaluación y medición identifica aquellos patrones de comportamiento, factores y situaciones que conllevan o predisponen a la enfermedad, para modificar su prevalencia e incidencia anticipándose al daño.

Lo anteriormente expuesto, ha dado como resultado una mayor sensibilidad del equipo médico para trabajar en equipos interdisciplinarios, puesto que muchos de los problemas de morbimortalidad de nuestros días no podrán solucionarse con esquemas eminentemente biomédicos de atención. Las enfermedades infecciosas, las infecciones de transmisión sexual y SIDA, la salud de los grupos marginados, así como los propios embarazos no planeados entre adolescentes; debido a que, están directamente correlacionados a ciertos estilos de vida, hábitos, conductas de riesgo, desinformación y mitos; requieren de estrategias psicoeducativas, informativas o de orientación-consejería, además de las curativas.

De esta manera, la participación de la psicología, en el campo de la salud estaría dada desde la etapa de prevención, el tratamiento y la recuperación, así como en la investigación, promoción y cuidado, y al hacer más humana la atención; dado que los aspectos psicosociales intervienen en cualquier periodo de la salud y la enfermedad (Llor, Abad, García y Nieto, 1995; Rodríguez y Palacios , 1992).

El programa que nos ocupa, da gran relevancia a las acciones de prevención y promoción de la salud en la población, de este modo, las acciones de capacitación del personal operativo están orientadas a fomentar conductas de

autocuidado en los jóvenes, en propiciarles prácticas sexuales protegidas, en fomentar estilos de vida saludables, evitar factores de riesgo, en hacerlos reflexionar sobre la trascendencia de un embarazo inesperado y las infecciones de transmisión sexual en sus vidas; con el propósito de lograr mejores condiciones de salud y vida.

### **Características profesionales**

En el sentido más amplio, el psicólogo es el profesionista que tiene como función estudiar y tratar la conducta humana individual y en grupo, para lo cual emplea dos tipos de metodologías, una la de las ciencias biológicas experimentales y la otra la de las ciencias sociales (Ribes y Fernández, 1986).

Sus funciones profesionales le permiten alcanzar los siguientes objetivos: a) la rehabilitación y orientación, b) la evaluación, c) el desarrollo, d) la detección, e) la investigación, f) la planeación y prevención. Estos aspectos, se interrelacionan en la misma práctica, dentro del marco de las siguientes áreas generales de actividad: a) la salud pública, b) la producción y consumo, c) la instrucción y d) la ecología y vivienda; las poblaciones a las cuales dirige su acción profesional son a individuos, grupos e instituciones (Acle, 1992; Ribes y Fernández, 1986).

Básicamente emplea dos estrategias para el manejo de los problemas conductuales. En primer lugar, puede intervenir directamente en su evaluación, tratamiento y seguimiento o en el desarrollo de nuevas tecnologías para su solución; segundo, por medio de la formación y entrenamiento de paraprofesionales, en donde su actividad se encuentra mediada por esta figura; en este caso él funge como aplicador de soluciones concretas, planea y crea tecnología en la prevención de problemas conductuales a nivel comunitario.

A nivel comunitario, su función se centra en crear el medio ambiente social y no social para que la persona pueda aprender las conductas apropiadas. Acepta la responsabilidad de manipular el ambiente de tal forma que el individuo lleve a cabo las conductas deseadas. En esta labor, los familiares, educadores, el equipo de salud, los medios masivos de comunicación y el propio afectado, debidamente informados, sensibilizados, orientados o asesorados, por el psicólogo, tendrán una participación eminentemente activa.

Las particularidades de su quehacer convergen en la identificación y definición de las conductas objetivo, identificación de las variables físicas, medio ambientales o sociales concretas que intervienen en el mantenimiento de la conducta; así como en el conocimiento de las leyes y principios que rigen la conducta personal y grupal; implementa las estrategias y metodologías necesarias para producir los cambios deseados, elabora los programas sociales que permiten el cambio. En los términos de Fernández (1992), la tarea fundamental del psicólogo, "es la de crear, modificar o predecir conductas; utilizando para ello, los principios que la rigen". Debido a que se ocupa del estudio de la conducta, puede reclamar como propios de su acción profesional todos los campos donde este se dé (Ribes, 1985). Por esta razón, es común observarle en acciones sociales de naturaleza inter y multidisciplinarias.

Recapitulando en las características del psicólogo, concretamente del egresado de la ENEP Iztacala, y por supuesto, en las características curriculares del plan de estudios; este se habilita como un especialista en la conducta, capaz de analizar el comportamiento dentro de un marco teórico y lo dota de un conjunto de técnicas para enfrentar los problemas conductuales en los diferentes ambientes donde éstos se presentan (Ribes, 1982).

Por consiguiente, el psicólogo en la DGSR, se ocupa de hacer investigación de campo, identificando actitudes hacia la sexualidad, aceptación o rechazo de los métodos anticonceptivos, conductas y factores de riesgo en salud sexual y reproductiva, investigación sobre la calidad de los servicios, facilitador de las relaciones interpersonales (prestador del servicio-usuario); manejo de grupos, diseñador de programas de enseñanza, evalúa los procesos de capacitación, define y programa variables, propone las técnicas y metodologías más ventajosas para la enseñanza y el aprendizaje. Determina interdisciplinariamente perfil de puestos, acciones de promoción, prevención y rehabilitación de aspectos deficitarios de la población; tareas educativas, formación, aprovechamiento y planeación de recursos humanos, entre otras actividades.

## **2.2. Formas de intervención en salud sexual y reproductiva con adolescentes**

El programa que nos ocupa tiene por misión "fomentar la salud sexual y reproductiva de la población adolescente", empleando para ello estrategias preventivas. El psicólogo cumple sus funciones profesionales a partir de esta misión de trabajo, en el marco de las siguientes formas de intervención: la prevención, la desprofesionalización y la práctica inter/multidisciplinaria, mismas que se entremezclan en su práctica profesional.

### **Prevención**

Para impedir o disminuir la ocurrencia de una serie de problemas asociados al ejercicio de la sexualidad bajo condiciones desfavorables, el psicólogo, trasmite al equipo (operativo) de salud sus conocimientos en una práctica docente, sobre los factores de riesgo que se correlacionan con la morbimortalidad que se quiere

evitar. Asumiendo una estrategia preventiva para incidir sobre los problemas juveniles.

La prevención en la salud pública, se entiende como la metodología y arte de interceptar las enfermedades en cualquier fase de su evolución, así como promover la salud y eficiencia física y mental (Jiménez, 1991).

La metodología preventiva se enfoca en *primer lugar*, al estudio de la etiología de los problemas de salud, en el entendido de que éstos tienen un proceso o evolución, en donde se pueden identificar dos componentes específicos: a). Las condiciones o eventos que ocurren antes de que se observe cualquier respuesta, signo o síntoma corporal inicial en la persona, y b). Procesos orgánicos que conducen desde la respuesta inicial hasta las manifestaciones características de la enfermedad o conducta desadaptativa. En *segundo lugar*, la aplicación de los procedimientos conductuales para la prevención, requiere la consideración de un número de variables incluyendo la evaluación empírica de los factores de riesgo, la identificación de los antecedentes y las consecuencias de la conducta saludable, a fin de determinar la unidad de intervención, esto es, la persona, la familia, la escuela, la comunidad o la combinación de éstas (Masek, Epstein y Russo, 1981; Michelson, 1981). Muchos de los factores de riesgo son conductas o componentes conductuales; aunque también, se identifican la pobreza, la marginación social y por consecuencia desnutrición, analfabetismo, falta de servicios, etc., que se traducen en factores de riesgo, para un grupo importante de problemas de salud.

El esquema clásico de prevención incluye tres niveles de inserción: *prevención primaria*, *prevención secundaria* y *prevención terciaria* (Beltrán y Romano, 1996). En la *prevención primaria* se llevan a cabo toda una serie de acciones encaminadas a evitar la ocurrencia de los problemas de salud o conductuales,

ejemplo de esto, es informar a prepúberes antes de que se presenten sus cambios anatomofisiológicos, lo cual reduce tensión, ansiedad, vulnerabilidad, etc.; orientar a jóvenes que están por iniciar vida sexual, a fin de evitar daño psicológico, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no planeados y abortos entre otros, ocasionados por relaciones sexogenitales sin pleno conocimiento.

La *prevención secundaria*, establece acciones para adolescentes que ya presentan o presentaron alguna situación indeseable, como el embarazo inesperado, alguna infección de transmisión sexual u otros problemas; su propósito es reducir la duración, frecuencia, intensidad o secuelas mayores a través de un tratamiento oportuno, además de información y orientación que impidan la reincidencia.

La *prevención terciaria* se centra en acciones intensivas orientadas a reducir o eliminar problemas mayores como secuelas invalidantes o llegar a la muerte, en personas que están experimentando dichos problemas; y, dependiendo de sus características el tratamiento intensivo combinado con psicoterapia pueden ser las alternativas. Las acciones comunes en nuestro campo, incluyen básicamente prevención primaria y secundaria, ya que es donde se concentran los mayores esfuerzos de este programa (Masek, Epstein y Russo, 1981; Michelson, 1981).

En el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de los/las Adolescentes, el psicólogo y desde luego el personal de salud concentra sus esfuerzos en las estrategias de prevención primaria y secundaria básicamente; en el entendido de que la mayoría de los problemas de salud en los jóvenes tienen una importante base, en la desinformación, información distorsionada o en conductas y actitudes desfavorables a la salud, como: la irresponsabilidad, baja autoestima, inasertividad, inmadurez intelectual y otros.

Bajo estas consideraciones, el psicólogo diseña un modelo de capacitación que permita cubrir estos "vacíos" educativos, de desarrollo o de otorgamiento de servicios, a fin de disminuir la ocurrencia de estos problemas; transmite las estrategias, la información y las técnicas a un equipo multidisciplinario de salud, para que éste, lo aplique con los jóvenes.

### **Desprofesionalización**

Para cumplir con la tarea preventiva en esta institución, el psicólogo crea programas de difusión masiva de la información que trate y describa los procesos epidemiológicos o psicodinámicos de la salud y la enfermedad, a fin de ser llevados y aplicados a los grupos de adolescentes en riesgo. De esta manera, no actúa directamente en la "solución" de los problemas de los jóvenes, sino a través de una acción mediada por otros profesionales que han recibido el entrenamiento correspondiente; a esta forma de intervención se le conoce como desprofesionalización. Ribes (1982), lo define como "la transferencia a amplias capas de paraprofesionales y no profesionales de los conocimientos tecnológicos fundamentales de la disciplina que permiten su aplicación extendida y permanente por aquellos que tradicionalmente han sido receptores de servicios".

Esta práctica profesional significa, por un lado, que el psicólogo transfiere los conocimientos teóricos, metodológicos y prácticos de la psicología al equipo de salud, con el propósito de que éstos los apliquen en la prevención y/o solución de los problemas en salud sexual y reproductiva que aquejan a la juventud de su comunidad o adscripción, en el entendido de que dicho personal posee los conocimientos y habilidades mínimas necesarias, el deseo de ayudar (actitud) a resolver tales problemas; y segundo, delegar a dichos profesionales los criterios

para definir el uso de dichos conocimientos, en las acciones interventivas o preventivas (Cachon, 1990).

Lo hace a través del entrenamiento del equipo de salud con acciones de instrucción formal y no formal, donde sistematiza los conocimientos, formula estrategias de enseñanza en las que establece una vinculación entre la teoría y la práctica; hace "tangible" o vivencial el objeto de estudio, con el fin de que el paraprofesional conozca y maneje la tecnología de esta disciplina; las técnicas didácticas se rigen por el principio de "aprender haciendo", por lo que son muy participativas; el discurso está vinculado a la solución de problemas concretos (Cachon, 1990; Mc Doneld y Durban, 1981).

De esta manera, la educación o más concretamente la instrucción constituye el área problema del psicólogo; por lo que el entrenamiento de otros profesionales es el eje de su quehacer. Su participación en el cambio de conductas y actitudes hacia la sexualidad y salud sexual, lo hace principalmente a través de un modelo educativo, que les toca aplicar otros.

Para lograr esto, utiliza como recursos las charlas participativo-reflexivas, en las que se tratan tópicos y problemas de este campo de la salud y su vinculación conductual; por otro lado, se realizan cursos-talleres, que abordan los aspectos fundamentales de la salud sexual, el desarrollo, la adolescencia, la salud reproductiva, las técnicas didácticas los aspectos administrativos y los de orientación-consejería, para su aplicación en el servicio.

Por último, se crea una estrategia de seguimiento de dicho entrenamiento que permite valorar sus objetivos, asesorar al personal en servicio y detectar sus necesidades de capacitación continua, con lo que se alcanza el ciclo de la desprofesionalización.

## **Inter y multidisciplinariedad**

La psicología aplicada, por estar circunscrita propiamente a cualquier ámbito o institución donde se presente la conducta humana, hace necesario, casi como norma, la participación inter y/o multidisciplinaria del psicólogo para la aplicación del conocimiento psicológico a la solución de los problemas sociales en la salud o la educación.

En este sentido la interdisciplinariedad, es una forma de práctica profesional de la psicología, en donde esta disciplina, pone al servicio de la sociedad su cúmulo de conocimientos prácticos (tecnología) como conocimientos adaptados a la solución de problemas (Maddaleno, Korin y Silver, 1992). Se conjugan por necesidad, las de las disciplinas analíticamente vinculadas a dicha problemática (ciencias de la salud), en su diversidad de dimensiones (Mares, 1986; Ribes y López, 1985).

La interdisciplinariedad, indica que varias disciplinas están conjuntando sus experiencias y tecnologías a fin de resolver un mismo problema (Gómez, 1996; Maddaleno, Korin y Silver, 1992; Palmade, 1979). Expresa también trabajo en grupo, entendiendo casi siempre por esto, que basta trabajar en equipo multidisciplinario para que la dinámica interdisciplinaria se desarrolle; consiste en trabajar en una forma cooperativa en donde las diferentes áreas participantes conjuntan sus aportaciones tecnológicas (Martínez, 1989; Thompson, 1990).

Esta forma de práctica profesional, se da cuando haya algo que "inter" mezclar entre diferentes disciplinas; y se presenta en dos modalidades: a) Conformación de un nuevo objeto teórico "entre" dos o más ciencias previas (Psicofisiología, Neuropsicología); lo que lleva luego a una nueva disciplina particular; b) Éste es el modo fundamental y más fecundo: aplicación a un mismo objeto práctico de elementos teóricos de diferentes disciplinas (Thompson, 1990).

Por su parte Follari (1982), establece que se da interdisciplinariedad cuando “alrededor de un proyecto se juntan los profesionales de diversas disciplinas, de modo de construir un avance en el conocimiento que está ‘por fuera’, más allá de cada una de ellas y sólo es construible en común por el aporte del conjunto y el estricto apego de cada uno al rigor de la disciplina” (pp. 93).

Según Torres (1983), la interdisciplinariedad, conceptualmente ha sido encausado a dos aspectos: el del objeto de estudio y el de la metodología para apropiarse de ese objeto de estudio. Es así que se presentan dos formas de interdisciplinariedad: a) entre disciplinas semejantes y b) dentro de una misma disciplina.

Aquí se retomará la estrategia de esta primera forma por estar muy relacionada con el sistema de trabajo, que aquí se reporta: 1. La multidisciplina con la conformación de un equipo académico coordinado institucionalmente en donde se conjuntan diferentes aportes de las disciplinas, para analizar un objeto de estudio, 2. La fase intermedia, en donde se combinan las disciplinas para hacer de sus estructuras una común a todas ellas y 3. Integración disciplinaria, que consiste en tomar problemas de una disciplina y enfrentarlos con las estructuras conceptuales de otras.

En el trabajo interdisciplinario que se desarrolla en el campo de la salud sexual y reproductiva de adolescentes, convergen las aportaciones teóricas y tecnológicas de disciplinas como la medicina, en sus especialidades de pediatría y ginecología, la pedagogía, la enfermería el trabajo social y por supuesto la psicología, en donde se determinan objetivos específicos de estudio, como es la adolescencia, el desarrollo, el embarazo no planeado, la propia salud sexual y reproductiva, la orientación-consejería; lo cual permite la construcción de modelos de intervención

en salud, que conjuga sus aportaciones, se intercambian conocimientos; de hecho se da una corresponsabilidad para la evaluación, ejecución y seguimiento de los programas. Asimismo, se dice que un equipo interdisciplinario está compuesto por miembros de diferentes disciplinas que interactúan, cambiando el foco de la atención, centrado en la disciplina misma (consultorio médico, consultorio psicológico, etc.); a la entrega de servicios conjuntos, pero centrados en el problema, que no tiene límites disciplinarios: conducta de alto riesgo, salud sexual, embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, depresión, etc. (Maddaleno, Korin y Silver, 1992).

Por su parte la multidisciplinariedad indica la yuxtaposición de diversas disciplinas, a veces sin relación aparente entre ellas, esta interacción puede ir desde la simple comunicación de ideas o conjugación de información y metodologías propias, hasta la integración mutua de los conceptos; dicha vinculación permite la solución de problemas concretos o el logro de objetivos comunes, indica coparticipación (Mares, 1988; Palmade, 1979; Torres, 1983).

La práctica multidisciplinaria en la que participa el psicólogo dentro de esta institución, consiste en la reunión de profesionistas de diversas disciplinas, pero que tienen en común problemas de salud sexual o reproductiva: embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, problemas psicológicos asociados al desarrollo o al ejercicio de la sexualidad, entre otros, quienes intercambian información y experiencias de sus disciplinas que permiten afrontar ventajosamente dichas situaciones.

Es una forma de práctica profesional, que reúne equipos de trabajo, en coparticipación disciplinaria, con un carácter meramente *aditivo* y *no integrativo*; los participantes mantienen sus perspectivas disciplinarias, su participación es mutuo y acumulativo pero no integrativo, como es el caso de la

interdisciplinariedad, porque no hay una conexión aparente, no hay una real cooperación o relación explícita; las disciplinas participantes ninguna cambia o se enriquece; sus formas de relación probablemente sean limitadas y transitorias (Follari, 1982; Thompson, 1990). Como equipo, se conforma de profesionistas de varias disciplinas, que trabajan en forma más bien separada ofreciendo los servicios a una misma población, a través de inter consultas y referencias, el trabajo realizado es independiente, a veces en diferente lugar físico y la mayoría de las veces con la perspectiva de una sola disciplina (Maddaleno, Korin y Silver, 1992).

### **2.3. El papel del psicólogo en la formación de los recursos humanos**

Como ya se ha mencionado, el psicólogo es el profesional que estudia el comportamiento humano individual y social; como resultado de sus conocimientos, es frecuente que se convierta en promotor del desarrollo humano al interior de las organizaciones o instituciones; a través de crear, modificar o predecir conductas, actitudes y conocimientos que permitan a individuos y grupos desempeñar óptimamente sus funciones laborales.

Es común que en las acciones de capacitación, el psicólogo comparta con otros profesionistas, especialistas y técnicos la labor de entrenar al personal; en una práctica inter o multidisciplinaria (Acle, 1992; Caballero y Lahera, 1998; Murillo y Rodríguez, 1997); por lo que éstas funciones los lleva a cabo junto con el equipo de salud y no aisladamente. Para la formación de los recursos humanos, tiene que hacer una *valoración y análisis* de los datos disponibles en salud sexual y reproductiva de los adolescentes; identificando y describiendo la problemática concreta, las variables medio-ambientales y conductuales correlacionadas, con la intención de determinar qué contenidos (conocimientos, habilidades o actitudes)

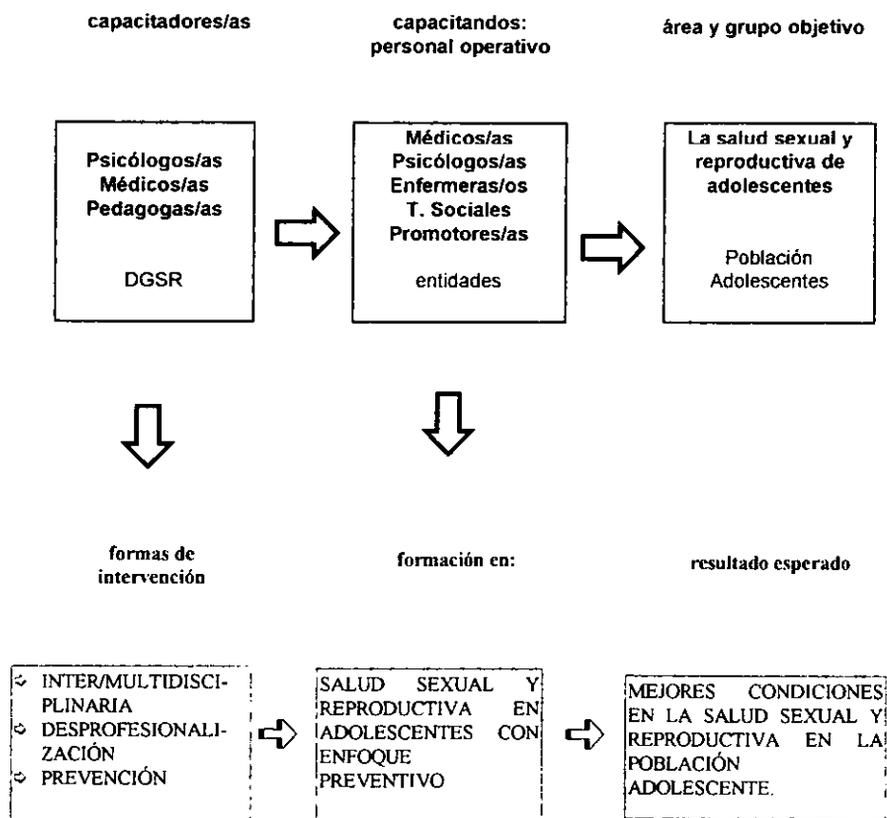
se requieren crear, modificar o prevenir en el personal de salud para que a su vez lo transfiera a la comunidad.

Otra de sus funciones principales es *determinar la metodología* más apropiada para alcanzar los objetivos de enseñanza-aprendizaje, que requiere la acción capacitadora (Murillo y Rodríguez, 1997). Si asumimos que el aprendizaje implica cambio de conducta y que, quien mejor conoce esto es el psicólogo, entonces, es el profesional idóneo para cubrir esta función.

La tercera vertiente que asume las funciones del psicólogo, es la correspondiente a la *formación de profesionales*, a quienes se delega los conocimientos, las habilidades, y los criterios para el manejo y la solución de los problemas comunitarios.

De manera concreta, las funciones del psicólogo se traducen en: 1. Identificar y Diagnosticar. Esto es, describir y clasificar aquellas conductas y variables que generan morbilidad juvenil a fin de modificarlas. 2. Medir. Cuantificar y valorar la importancia de los fenómenos que aquejan a los jóvenes. 3. Analizar. Realizar un análisis funcional de las conductas que se han identificado como problemáticas. 4. Proponer las estrategias de intervención, con las mejores perspectivas de solución, de acuerdo a la tecnología actual. 5. Intervenir. Implica ejecutar las estrategias planeadas y darles el seguimiento correspondiente y 6. Evaluación. Es preciso medir los resultados de las estrategias implementadas (Caballero y Lahera, 1998).

La siguiente gráfica, describe el proceso y mecanismo de capacitación, que se sigue en el programa multireferido:



El primer cuadro engloba al personal de la DGSR, quienes fungen como capacitadores, sus formas de intervención se cimientan en una práctica inter y multidisciplinaria, la desprofesionalización y la prevención; éstos, capacitan en salud sexual y reproductiva enfocado a adolescentes con enfoque preventivo, a un grupo de profesionales denominados aplicativos, quienes a su vez, ponen en

práctica los conocimientos adquiridos en el área y grupo objetivo: la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

#### **2.4. Proceso de capacitación**

En este apartado se incluye una explicación de la capacitación, en tanto que es la parte medular de las funciones del psicólogo que se relatan en este informe. Entrando en materia, la capacitación es entendida por la mayoría de los expertos revisados (Pinto, 1992; Rojas, 1995; Siliceo, 1983), como *una actividad educativa extraescolar planeada y sistematizada, que responde a necesidades reales de formación de habilidades, conocimientos y actitudes del personal de una institución.*

Particularmente, Siliceo (1983), establece que *"consiste en una actividad planeada y basada en necesidades reales de una empresa y orientada hacia un cambio de los conocimientos, habilidades y actitudes del colaborador"* (pp. 20).

Por su parte, Pinto (1992), al hablar del proceso de capacitación, señala que, *"es un proceso de enseñanza-aprendizaje que pretende modificar la conducta de las personas en forma planeada y conforme a objetivos específicos"* (pp. 9).

Finalmente, la capacitación es concebida por Rojas (1995), como "un concepto que incluye el adiestramiento y es por lo tanto un proceso de comunicación sistematizado que planea resolver necesidades reales, a través de actividades de enseñanza-aprendizaje, que se orientan hacia la fijación de conocimientos, la modificación de actitudes y el incremento de capacidades con el fin de desarrollar responsabilidades y una buena ejecución en el ambiente de trabajo".

En el ámbito laboral-educativo es común ubicarla junto a otras acciones formativas, que a veces suele confundirse, se hace referencia concretamente a las acciones de adiestramiento y entrenamiento. Se aclara que no hay indicios que reflejen acuerdo generalizado sobre las precisiones conceptuales que requieren estas actividades formativas.

Por lo que la conclusión final de las opiniones revisadas, es que, son acciones de comunicación que se concretizan en procesos de enseñanza-aprendizaje, y que la mayoría está de acuerdo en que la capacitación es un proceso más integral en la formación del trabajador, mientras que el adiestramiento y el entrenamiento se ocupan esencialmente de la formación de habilidades físicas o destrezas en el puesto de trabajo que se ocupa.

La capacitación, como acción administrativo-instruccional sigue ciertos procesos, que se denominan aquí etapas lógicas (Siliceo, 1983); en un principio, realizar una investigación para determinar las necesidades reales de capacitación que existan o deban satisfacerse, a corto, mediano y largo plazo, previsión; una vez señaladas tales necesidades que han de satisfacerse, establecer los objetivos que se han de lograr. Congruentemente con esto, definir los contenidos educativos necesarios a cubrirse en el entrenamiento. Señalar la forma y método de instrucción *ad hoc* para el curso. Una vez determinado el contenido, forma y realizado el evento, habrá que evaluarlo. Y la última parte lo constituye el seguimiento y la continuación de la capacitación.

En una visión globalizadora, el proceso administrativo de la capacitación, transita por cuatro etapas, conocidas también como funciones de administración (Pinto, 1994), las cuales incluyen, planeación, organización, ejecución y evaluación.

También, es de reconocerse la importancia que tiene el proceso instruccional, en la misma capacitación, que se identifica principalmente con el proceso de enseñanza-aprendizaje, que en consecuencia se vincula directamente con, la relación capacitador-participante, didáctica del aprendizaje, dinámica grupal, apoyos didácticos y orientación pedagógica (Pinto, 1994).

El sistema de capacitación en este programa no se ciñe a un modelo en particular, más bien retoma de los existentes sus ventajas y aciertos para seguir uno que le permite lograr sus metas, en consideración a sus características, necesidades y recursos.

A continuación se describe el proceso de capacitación que se sigue en este programa, está dividido en cuatro funciones globales básicas: planeación, organización, ejecución y evaluación; en donde se insertan todas las acciones técnico-metodológicas, didácticas y administrativas que integran el entrenamiento (Pinto, 1994).

A partir de estas funciones globales se derivan funciones más específicas, que desglosadas dan forma, lógica y sistematización a la función capacitadora, y desde luego ofrece la cobertura para describir la coparticipación del psicólogo en su construcción inter/multidisciplinaria. La secuencia que se describe indica la forma en que se dan las acciones; no obstante, en algunos casos se trabaja simultáneamente en dos o más de estos niveles.

### **Planeación**

La planeación en capacitación, es decidir con anticipación qué se va hacer, cómo hacerlo, cuándo hacerlo y quién debe hacerlo; implica prever y seleccionar los cursos que van a seguir las acciones en el futuro (Pinto, 1994). Es la fase que da

razón y contenido técnico a la capacitación, pues conduce a determinar la misión, ó "que se va a hacer", valiéndose de cuatro etapas, que son la determinación de necesidades de capacitación, la definición de objetivos, la elaboración de planes y programas y el cálculo de los presupuestos. Constituye el esquema general del proyecto.

Al desarrollarse estas fases, el psicólogo adiciona al "rompecabezas" multidisciplinario, la parte psicosocial: la parte de los métodos y las técnicas de enseñanza-aprendizaje, la evaluación de la docencia y del aprendizaje, las estrategias para la formación de habilidades y cambio de actitudes, entre otros.

**La detección de necesidades de capacitación.** Permite distinguir dos grupos a ser capacitados, por un lado la capacitación interna, esto es, capacitar al personal de la propia Dirección General para que pudieran contar con los conocimientos y las habilidades para dirigir el programa, bajo un modelo de atención específico.

Por otro lado, la capacitación de un grupo de profesionales (personal operativo) que otorgarían el servicio en los módulos de atención a adolescentes. Este grupo en principio sería multidisciplinario, para cubrir integralmente las necesidades en salud de los jóvenes. Su función principal es el de llevar a cabo acciones preventivas intra y extramuros; y desde luego serían responsables de ofrecer un paquete mínimo de servicios que brinda el programa; a manera de recordatorio: atención médica integral, orientación-consejería en sexualidad, salud sexual y reproductiva; acciones informativas y de promoción del programa, sesiones educativas, terapia psicológica, referencia y contrarreferencia a *redes sociales de apoyo*<sup>13</sup> así como otras funciones necesarias; como el control de los servicios a

---

<sup>13</sup>Redes Sociales de Apoyo, se refiere al sistema de interrelaciones entre asociaciones o instituciones que ofrecen servicios a los/las adolescentes, lo cual les permite ampliar la cobertura y diversidad de estos servicios.

través de un formato de registro y una historia clínica. Por lo que sus necesidades de entrenamiento se basaron en los aspectos anteriormente mencionados.

**La definición de objetivos de capacitación.** Se sustenta en las funciones y propósitos de esta institución, y desde luego considerando el objetivo del programa. La definición de objetivos da la orientación al proceso en tanto que señala la meta a lograr; en el caso que nos ocupa, está enfocado hacia el logro del objetivo del programa, que consiste en *“contribuir a la salud sexual y reproductiva del grupo etareo de 10-19 años de edad, proporcionándoles información y orientación acerca de su sexualidad y servicios de salud creando espacios para su atención integral”* (DGPF, 1994).

Por lo que, el objetivo general del curso es: *“Capacitar al personal multidisciplinario en aspectos teóricos-metodológicos y de orientación-consejería en salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes, que les permita brindar este servicio en los módulos instalados en las unidades de la Secretaría de Salud”* (DGPF, 1994).

**Elaboración de planes y programas.** Con base en estos objetivos, así como en las características del contenido de dicho entrenamiento se estructura un *curso-taller*, que conjuga por un lado la información teórica y la exploración de las actitudes, así como la formación de las habilidades. Conceptualmente, se entiende por curso a aquella actividad educativa que está más centrada en las exposiciones magistrales o exposiciones teóricas, es decir conserva estereotipos de la educación tradicional, donde la interacción profesor-alumno es mínima. En cuanto al taller, ofrece más y mejores ventajas en tanto que incorpora actividades que permiten al participante vivenciar, elaborar, desarrollar, modificar o explorar el objeto de aprendizaje (es más práctico y dinámico), resultando de esto, mejor:

aprendizaje, formación de habilidades, cambio de actitudes, autoconocimiento y creatividad; en un taller se obtienen "productos" como parte de la acción capacitadora. Por lo que se diseña un curso-taller que además de presentar información (teoría) lo hace a través del empleo de técnicas didácticas participativas.

Las opciones psicopedagógicas existentes, hacen más efectivas y menos tediosas las acciones instruccionales; por tal motivo para la conformación del plan así como de los contenidos, se consideran las dimensiones del curso-taller, el personal docente además de los participantes, por lo que se opta por un sistema modular para la presentación de los contenidos. Dado que el sistema por temas, representaba para nuestros propósitos las siguientes desventajas, mayor agotamiento de los participantes, menor integración del equipo docente con los participantes. Finalmente, bruscos y frecuentes cambios de un tema a otro.

El paso seguido fue la división de la totalidad de los contenidos, en grupos de temas con características comunes (módulos), quedando de la siguiente manera, 1. módulo de temas médicos en salud reproductiva, 2. módulo de temas psicológicos en salud reproductiva, 3. módulo de temas de orientación-consejería en salud reproductiva y 4. módulo de temas generales en salud reproductiva. Posteriormente se determinó elaborar los recursos que apoyaran tanto las actividades instruccionales como las administrativas, resultando los siguientes elementos técnicos y didácticos.

**Manual de contenidos (antología).** Conformar la base teórica del curso; incluyen la elaboración y recopilación de una serie de artículos, con la información mínima necesaria que permiten dotar al personal operativo de los elementos teóricos-metodológicos para el manejo de una determinada problemática de salud sexual y

reproductiva en los jóvenes. Los temas incluidos, son los mismos que conforman el curso. (Ver anexos).

**Paquete didáctico.** Integra las herramientas del capacitador, está conformado por: cartas descriptivas, materiales de apoyo visual, paquete de técnicas didácticas, instrumentos de evaluación, instrumento de control administrativo y cronograma, mismos que se describen a continuación.

*Cartas descriptivas*, forma parte de las herramientas didácticas del docente, que describen el qué, el cómo, el con qué, la duración, qué resultados obtener y cómo valorar la acción instruccional; sus componentes son: nombre del tema, objetivo, contenidos, duración, descripción temática, técnicas didácticas sugerida, guía de aprendizaje o formas de evaluación. (Ver anexo).

*Materiales de apoyo didáctico (visual)*, son los recursos materiales que emplea el facilitador para la presentación de su tema, constituyéndose en un recurso de apoyo, para que el participante además de oír, pueda ver y hacer algo. Por consiguiente, su función es facilitar el aprendizaje; incluyen diapositivas y/o acetatos con esquemas, colores, texto y ejercicios. A cada tema del curso correspondió un paquete de dichos apoyos visuales. (Ver anexo).

*Paquete de técnicas didácticas*, las técnicas didácticas se refieren a los procedimientos que se utilizan para lograr con eficacia las metas grupales. Son el diseño, el modelo congruente y unitario que se forma en base a diferentes modos, a partir de los cuales se pretende que un grupo funcione, sea productivo y alcance sus metas (González, Monroy y Kupferman, 1994), existen una gran variedad de éstas; las hay *expositivas, grupales, interrogativas y todas tienen el propósito de facilitar el proceso informativo y de enseñanza-aprendizaje*. Para nuestros fines, se hizo una recopilación de aquellas que ofrecieran las mejores

ventajas, y se conformó un "paquete" que las incluyeran como una propuesta confiable para ejercer la instrucción. (Ver anexo).

*Instrumentos de evaluación del proceso enseñanza aprendizaje*, se elaboraron dos instrumentos de evaluación del proceso instruccional, el *primero* fue un instrumento con 40 reactivos de opción múltiple para evaluación de "línea base" y evaluación al término del curso (evaluación del aprendizaje); y *el otro*, un cuestionario para que el grupo valorará el desempeño del expositor; ambos instrumentos pasaron por un proceso de validación y confiabilidad a través de su aplicación en distintos grupos y opinión de expertos. (Ver anexo).

*Instrumento de control de participantes al curso*, es un recurso administrativo, que permite contar con los principales datos del evento instruccional, consiste en un formato que incluye datos específicos del curso como: sede, fecha, coordinación e instructores; dirigido a, total de participantes, objetivo, horario y duración; además, datos de los participantes: nombre, sexo, edad, escolaridad, profesión y domicilio. (Ver anexo).

*Cronograma*, es el esquema del curso, que permite tener una visión general de sus contenidos, duración y ponentes, así como sus objetivos (Ver anexo).

*Historia clínica y formato de informe mensual*, para la operación del programa, se requirió de ciertos instrumentos que permitieran su ejecución basado en una normatividad y evaluación, dadas sus características particulares. En primer lugar se estructuró la *historia clínica "integral" del adolescente* que permite indagar tanto los aspectos médicos como los psicosociales más relevantes, apartándose de la orientación eminentemente médica que predomina en el sector. Su función es, registrar los aspectos más sobresalientes en salud y conductuales que permitan al personal de salud identificar riesgos de embarazo no deseado, riesgo al

contagio de infecciones de transmisión sexual, problemas en autoestima y asertividad que pudieran ser causantes directos o indirectos de problemas en la salud sexual y reproductiva. Sus características necesarias, incluyen: facilidad en su llenado, sin desplazar otras formas de evaluación y diagnóstico que ya operaban en la institución y que además no transgrediera las diferentes corrientes psicológicas existentes. (Ver anexo).

En segundo lugar, se pensó en un instrumento que permitiera retroalimentar el programa en cuanto a las acciones intra y extramuros ejecutadas, por lo que se diseñó un *formato de informe mensual* que respondiera a las necesidades de información del nascente programa, debido a que los sistemas de la Secretaría no contaba entonces, con un sistema acorde con este nuevo campo de la salud. En este formato se registran entre otros datos, motivo de consulta, consultas más frecuentes, consultas sobre métodos anticonceptivos, actividades de orientación-consejería, pláticas otorgadas, número de asistentes por plática y atención obstétrica. (Ver anexo).

**Recursos económicos.** Considerando la partida presupuestal disponible, por presupuesto federal y por proyectos, se planeó el presupuesto necesario para las metas proyectadas, bajo los siguientes rubros: número de cursos, número de capacitados por curso, pasajes y viáticos para cada uno; costo del salón en hotel, hospedaje y alimentos, así como otros servicios que son necesarios para todo el proceso de capacitación.

### **Organización**

La organización en capacitación, es establecer la estructura y dinámica de trabajo del proceso instruccional y demás actividades interconexas que permitirán el logro de sus objetivos. Por medio de ésta, se determinan las funciones, se

delimitan las responsabilidades, se definen las líneas de comunicación y se establecen los sistemas y procedimientos que canalizarán adecuadamente los insumos que absorba dicho sistema de capacitación (Pinto, 1994).

Se compone de: a) *las estructuras*, esto es, que el personal del área debe saber qué hacer, cómo llevarlo a cabo, cómo se interrelacionan sus funciones con los de los otros integrantes del grupo; b) *los procedimientos*, hacen referencia a que las acciones instruccionales siguen procesos; c) *la integración de personas*, significa que hay que conocer la estructura departamental para asignar puestos y funciones a fin de lograr las metas de capacitación; y d) *integración de los recursos materiales*, las acciones de capacitación incluyen la incorporación de los recursos materiales para facilitar y mejorar el proceso enseñanza-aprendizaje.

De manera que hablar de organización, es hablar de la parte del proceso de entrenamiento, que corresponde la integración de los recursos humanos, materiales y financieros, a fin de lograr un trabajo coordinado para la consecución de los objetivos, su ejecución da pie a responder cómo se van a hacer las cosas y con qué recursos.

La integración del personal a esta empresa se basó en la experiencia profesional de cada quien, así como por las metas a lograr en el programa; incluyen por formación: tres médicos, tres psicólogos, dos pedagogas, dos secretarías y una persona de apoyo general.

De manera concreta se procedió a asignar a cada miembro del equipo las funciones, responsabilidades y las formas de vinculación entre los integrantes del área capacitación. A partir de las tareas anteriormente determinadas que son la elaboración de: manual de contenidos, cartas descriptivas, materiales de apoyo

visual, técnicas didácticas, formato de historia clínica, informe mensual e instrumento de evaluación.

Para la elaboración del manual, fue necesario que el equipo de psicólogos hicieran y seleccionarán los contenidos temáticos correspondientes a aspectos psicológicos en la salud sexual y reproductiva; los médicos y pedagogos hicieron lo propio con los temas que pertenecen a su área en un esquema de permanente vinculación interdisciplinaria.

Las *cartas descriptivas* de los diferentes temas que componen el curso, fueron elaboradas por los responsables de cada área; sus características fueron ya enumeradas y resultaron del acuerdo del equipo.

Por su parte, los *materiales de apoyo visual* fueron elaborados siguiendo el mismo procedimiento, con los siguientes criterios técnicos y didácticos: colores llamativos, evitar saturación con imágenes y textos, letra grande y el texto estrictamente necesario para apoyar la exposición del docente.

De esta manera cada integrante trabajo en los temas de su área de formación, así como por su experiencia y habilidad previamente observada; más adelante cada quien preparó su(s) tema(s) para la presentación en el curso.

El acabado del manual, fue turnado al personal de diseño para darle una imagen y presentación distinta de los otros subprogramas que lleva cabo esta institución. Dicha presencia incluye, un empastado con colores llamativos y acordes con los estilos juveniles, con un logotipo como imagen corporativa, para que, tanto el personal que participa en el programa como los propios adolescentes a quienes va orientado el servicio, fueran identificando e identificándose con el mismo. ( Ver anexo, 1a. versión).

Posteriormente se conformó una calendarización de cursos a realizarse, se asignaron los coordinadores correspondientes; en quienes recaía la mayor responsabilidad de la ejecución y sus resultados. Sus funciones y responsabilidades serán descritos en la siguiente sección.

Un apartado no menos importante es el que corresponde a la integración de los recursos materiales (equipo) para el entrenamiento; que incluye desde la organización interna para la contratación de salones de convenciones, con mobiliario previamente determinado: proyector de diapositivas, equipos de vídeo, retroproyectors, rotafolios, monitores y espacios para la ejecución de técnicas didácticas grupales.

Además, se organizaron otros aspectos como la selección del personal a capacitarse, por parte de las entidades, con los criterios y perfil determinados por esta Dirección General. Asignación del número de asistentes por curso; tramitación de pasajes, viáticos, contratación de servicios de hoteles en cuanto a hospedaje, alimentos y salones.

## **Ejecución**

Por ejecución se entiende a aquella parte de la capacitación que corresponde poner en marcha el sistema de instrucción, e implica la coordinación de intereses, esfuerzos y tiempos del personal multidisciplinario involucrado (interno y externo) en la realización de los eventos instruccionales, así como la operacionalización de los instrumentos y formas de comunicación según la planeado; lo integran cuatro fases: *contratación de servicios, desarrollo de programas, coordinación de eventos y control administrativo y presupuestal.*

**Contratación de servicios**, en la realización de cada curso se hacen con anticipación los trámites y procedimientos correspondientes para la contratación de servicios externos, especialmente lo correspondiente a salones en hoteles, hospedaje y alquiler de equipo. Adicionalmente se tramitan pasajes y viáticos para el equipo docente, para los participantes y en casos especiales para los invitados externos.

**Desarrollo de programas**, es una fase en donde el trabajo técnico didáctico, de coordinación así como de preparación del evento es intensa: se reproducen los materiales, se construye el programa del curso, se asignan temas a los instructores, se elaboran los materiales didácticos, se establecen los acuerdos con los docentes sobre las particularidades del evento y se hacen las concertaciones con las instancias involucradas.

**Coordinación de eventos**, incluye todo lo correspondiente a preparativos previos y durante el curso, la supervisión de las acciones instruccionales, así como el control posterior al mismo, el esquema de coordinación de eventos que lleva a esta dependencia, ofrece una panorámica de lo extenso e intensivo de estas actividades, a continuación se hace un bosquejo de actividades cotidianas de coordinación de un evento; está dividido en tres fases:

**Antes del curso**. En la realización de un curso de capacitación, cabe resaltar el trabajo del coordinador, donde él asume la mayor responsabilidad, en la planeación, organización, ejecución y evaluación de la capacitación; así como en otros aspectos relativos, como los administrativos, lo técnico, la logística, y en la concertación. De tal manera que, entre las primeras actividades que realiza, le

corresponde hacer una invitación y concertación con el nivel estatal, a fin de apoyar o enviar a su personal al curso en cuestión.

Solicita a la entidad sede de un curso regional, un apoyo más intensivo, debido a que tienen que colaborar en la organización y ejecución del mismo, concretamente en aspectos como: cotización y contratación del salón en un hotel, previa revisión de las condiciones físicas, que sean acordes con los requerimientos necesarios; tienen que apoyar con los materiales de apoyo didáctico necesarios, como: proyector de diapositivas y acetatos; videocasetera, monitores, rotafolios y pantalla; notificándoles características del curso, como objetivos, duración, recesos, viáticos y pasajes. Las entidades que participan en una acción capacitadora, envían su lista de participantes a la oficina central, de esta manera reciben las características y condiciones del curso.

Como puede observarse el trabajo del coordinador de un curso, es fuerte e intenso por lo que tiene que apoyarse del resto del equipo para poder cumplir con esta misión, en otros aspectos como: verificar que los asistentes convocados corresponda con los acuerdos previos en cuanto a tipo de profesionista, cantidad y unidad de salud; tiene que verificar que el salón este disponible en las fechas del curso, con las características físicas y de servicios previamente contratadas.

Da seguimiento y tramita los viáticos del personal docente que asistirá al curso. Establece la coordinación para ver qué autoridades de la representación estatal, asistiría en la inauguración y clausura del evento.

En lo correspondiente a los materiales se tiene que fotocopiar y encarpetar manuales (antología) del curso; se sigue todo el proceso administrativo para su envío, a la sede del curso, verificando su llegada. Revisa que los materiales de apoyo didáctico, sean los adecuados para la realización del curso.

El coordinador asigna al equipo docente los temas que a cada quien corresponde, tomando para sí algunos de éstos. Coordina la elaboración o revisión de cartas descriptivas y del cronograma del evento, estableciendo los acuerdos sobre generalidades del evento, duración, objetivo y tipo de personal; conjuntamente con el grupo se verifica que las evaluaciones inicial y final, corresponda con la cantidad de participantes.

***El día anterior.*** Traslado a la sede del curso. Se verifica ocularmente las condiciones físicas del salón, distribución de sillas, control de luces, pantalla, proyectores, rotafolios, letrero central del curso, confirma la asistencia de las autoridades estatales en la inauguración y/o clausura. Se apoya del equipo para la recepción e instalación de los participantes en el hotel.

***Durante el curso.*** El coordinador se encarga de dar los últimos toques para el arranque del evento; en la inauguración se encarga de que todo marche sin contratiempos. Al término de la misma, comúnmente se sigue con la parte introductoria del curso y se entregan al grupo los materiales de papelería. Vigila que los contenidos, objetivo, duración y secuencia de los temas no se desvirtúe, y se cumplan plenamente a través de la calidad de las exposiciones.

Se permanece tiempo completo en el curso, a fin de resolver las dudas o hacer las aclaraciones necesarias, durante el transcurso de las actividades. Supervisa que el docente en turno, reciba el apoyo necesario para sus actividades programadas; como parte de la logística interna se verifica que los asistentes estén cómodos durante las actividades académicas y al margen de éstas.

Las actividades académicas en que participa incluyen, la presentación de los temas que le corresponde desarrollar; coordina la retroalimentación del curso;

recaba y explicita los compromisos asumidos, como productos del curso y presenta las conclusiones generales; conjuntamente con el resto del personal aplica la evaluación inicial y final. Supervisa que la clausura se realice en las mejores condiciones; al final coordina la entrega de constancias de asistencia.

***Después del curso.*** Con la participación del equipo capacitador se hace una evaluación global de los resultados, observando aciertos, errores y aspectos importantes. Coordina con el nivel estatal para que los materiales proporcionados sean debidamente incorporados al módulo. Como requisito administrativo se presenta un informe técnico y ejecutivo del curso que contempla, aspectos como: sede, fecha de realización, dirigido a, número de participantes, jurisdicciones que representan, objetivos, procedimiento, observaciones y comentarios, y módulos a instalarse.

Un aspecto de gran relevancia es que se continúa con un programa de seguimiento y asesoría en servicio, lo que establece las condiciones para un programa adicional de actividades.

Como se ha observado en esta descripción, implícitamente se lleva el control administrativo del proceso, matizado en el control de asistencias de participantes, aplicación y control de los instrumentos de evaluación, y control presupuestal.

Finalmente, es necesario aclarar que el coordinador de un curso puede ser psicólogo o un médico; y la primera fase de capacitación, consiste en la realización del curso de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (básico), con una duración aproximada de 30 horas, para personal multidisciplinario. (Ver cronograma anexo).

## Evaluación

Evaluar indica medir, valorar y la corrección de todas las intervenciones para asegurar que los hechos se ajusten a los planes, implica la comparación de lo alcanzado con lo planeado y comprende en su amplia expresión la medición y valoración del sistema, del proceso instruccional, el seguimiento y la ponderación de resultados (Pinto, 1994; Siliceo, 1983).

Para la evaluación de la capacitación, se hace una evaluación inicial y una evaluación al término del curso. Dicha evaluación explora los conocimientos médicos y psicológicos en salud sexual y reproductiva, y los de orientación-consejería con adolescentes en el personal participante. Los cuarenta reactivos que conforman el instrumento, tratan de ser representativos de los 19 temas que abarca el curso; en su modalidad inicial pretende ofrecer a la coordinación del curso una visión de línea base en cuanto a nivel de información, con la que llegan los asistentes al curso.

La evaluación final, tiene el propósito de presentar un indicador de en qué medida el curso logró sus objetivos de enseñanza-aprendizaje, previa comparación con la evaluación inicial. Al final del curso los resultados globales de la evaluación inicial y final son dados a conocer a los capacitandos, con el fin de que se den cuenta del producto de su estancia en el curso y de que les sirva de retroalimentación.

Por otro lado, se hace una retroalimentación del curso, que es una valoración, más de tipo cualitativa, en donde se indaga sobre la efectividad de los materiales didácticos, las técnicas didácticas, el desempeño docente, manejo de la información, desempeño de la coordinación, condiciones del local y comentarios generales.

## **Seguimiento a la capacitación**

Esta fase de la evaluación consiste en “re-revisar” el producto del proceso instruccional con el fin de hacer correcciones o ajustes a dicho programa, a través de entrevistas, visitas a las unidades, asesoría en servicio para cubrir los vacíos, conocer obstáculos, reducir problemas y tener datos directos que permitan tomar medidas para garantizar la transferencia de los conocimientos y habilidades instrumentadas. Es la continuidad de la capacitación, que se realiza en el lugar de trabajo, con el fin de retroalimentar el contenido del curso (Siliceo, 1983).

El seguimiento que se hace en el programa de adolescentes, tiene el propósito de ofrecer una visión de hacia donde nos conducimos, cuáles son sus dificultades y aciertos, en los siguientes rubros: nivel de permanencia del personal capacitado, supervisión; dificultades del personal en la prestación del servicio, nuevas necesidades de capacitación básica, asesoría en servicio y/o capacitación progresiva, qué tipo de profesionales desertan más en el programa; el costo y la efectividad de la capacitación, la calidad en la prestación del servicio y la búsqueda de innovaciones al programa.

***Permanencia.*** Se concibe como permanencia a la constancia con que el personal capacitado se mantiene en el puesto para el cual fue capacitado; lo cual en un principio, se midió a partir de intervalos de tiempo aproximados de un año. Esto permite apreciar la conducta laboral del personal inscrito, la movilidad que pueda darse implicaría ciertos costos para el programa, el conocer sus causas, permite incidir en ellas para lograr mayor constancia laboral.

***Supervisión.*** En un inicio el seguimiento, se orientó a la supervisión o asesoría en servicio, donde se diseñó todo un sistema para verificar aspectos como:

desempeño del capacitado en la prestación del servicio, condiciones del área física (consultorio médico y psicológico), disponibilidad del equipo y materiales médicos otorgados, stock de anticonceptivos, materiales de apoyo al proceso de consejería, como: trípticos, películas, y muestrarios; materiales de difusión, como: carteles y volantes; sesiones educativas realizadas y principales problemas detectados. Más recientemente sus acciones se centraron en entrevistas telefónicas y mensajes vía fax a través de sus responsables del programa, quienes proporcionan los datos anteriormente enumerados.

Al final de esta visita, que era realizada por un médico y un psicólogo a la entidad, se emitía un informe al personal del (los) módulo(s) visitado(s) y a las autoridades estatales, donde se indicaban generalidades del programa, problemática detectada, propuesta de posibles soluciones, así como el establecimiento de compromisos mutuos en los tres niveles, operativo (módulo), estatal y central.

**Capacitación progresiva.** Algunas corrientes en educación y salud, han incorporado conceptos como educación permanente o capacitación continua, que desde luego ofrecen una visión más amplia, más dinámica y comprometida, en la triada *trabajador-objeto de trabajo-institución*, considerándola, en una especie de síntesis operativa como el proceso educativo que la institución lleva a cabo con su personal en el trabajo, para el trabajo y por el trabajo (Clasen, Davini y Haddad, 1993; Pinto, 1992; Rovere, 1993; Romano, 1996).

La anterior forma de ver a la capacitación asume una gran importancia, en nuestro tiempo y sobretodo en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, puesto que el personal que realiza este trabajo, debe contar y disponer de las herramientas que le permitan manejar la problemática adolescente en un mundo en permanente cambio.

En este sentido, la capacitación persigue dos fines básicamente, 1. promover el desarrollo integral del personal y, así, el desarrollo de la institución; y 2. Lograr un conocimiento técnico especializado, necesario para el desempeño eficaz en el puesto (Siliceo, 1983).

Actualmente se está llevando a cabo un esquema de capacitación progresiva con el personal que ya trabaja en los módulos de atención a los adolescentes que ya recibieron la capacitación básica, a través de dos estrategias una dirigida al personal de los centros de salud y otro para el personal de los hospitales.

### **Asesorías**

Las asesorías se refieren a aquellas actividades tutoradas en las que el equipo de expertos, pone a la disposición del grupo estatal la metodología y los conocimientos, para la realización de cursos de réplica; en el entendido de que se está en una etapa formativa y se carece de la experiencia necesaria y los suficientes elementos para su realización sin apoyo; se da posterior a la capacitación básica, y tiene el propósito de ampliar la cobertura del servicio (ampliación de la cobertura del programa), abriendo con esto otro ciclo de capacitación básica o progresiva.

Este rubro incluye las siguientes acciones: 1. Se parte de una necesidad estatal de ampliación de la cobertura de servicios al adolescente. 2. Se siguen los trámites administrativos para la solicitud de apoyos, que puede ser para todo el proceso de la capacitación, hasta aspectos de apoyos financieros, y de materiales; lo cual se concretiza a través de visitas a la entidad, comunicación telefónica y vía fax del asesor designado. 3. Concertación y compromisos recíprocos en los dos niveles: a) Nivel central, que proporciona los apoyos

técnicos y financieros para la puesta en funcionamiento de nuevos módulos; envía los materiales de promoción y equipo médico en caso necesario y dota de materiales para el curso, b) Nivel estatal y operativo, seleccionan al personal que se capacitará, se coordinan con el nivel jurisdiccional a fin de lograr otros apoyos, seleccionan y acondicionan los espacios físicos en que operarán los módulos (consultorios); hacen la sensibilización a las autoridades y personal de la unidad de salud en cuestión: hospital o centro de salud, a fin de que conozcan y apoyen al programa desde sus áreas de competencia, proporcionan el servicio, y envían al nivel central la información mensual correspondiente. Y, 4. Visitas de asesoría, previo a la ejecución de un curso de réplica se establece la coordinación para la planeación y organización del evento, donde se seleccionan los docentes, que surgen de la capacitación previa en el Estado, se les informa del curso que apoyarían, poniéndolos en antecedentes, asignándoles los temas y los materiales necesarios, como, cartas descriptivas, materiales de papelería, así como otros apoyos que se les brinda para que preparen sus temas.

Se seleccionan y contratan los servicios del salón, así como la revisión de otros aspectos administrativos, logísticos, protocolarios en la inauguración y la clausura. Es una fase donde, el asesor y el responsable estatal del programa asumen la mayor importancia. En la ejecución del curso, ambos son los responsables desde sus respectivos niveles, de que todo salga bien en lo técnico, administrativo y en los compromisos asumidos.

Al término de la visita el asesor presenta un informe global sobre los resultados de la capacitación, y se convierte en la persona que más información maneja de dicho estado, para el programa, en cuanto a personal capacitado, módulos instalados, problemática, y permanencia del personal.

## **2.5. Proceso de desconcentración de la capacitación**

La Dirección General de Salud Reproductiva, ha tenido como una de sus principales funciones el planear, ejecutar y evaluar actividades educativas, entre las que se encuentran, principalmente los cursos de capacitación y las asesorías realizadas durante las visitas de supervisión, ambas acciones han estado dirigidas, a personal técnico, aplicativo y administrativo que está involucrado en la prestación de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar en las unidades de salud en el país (DGPF, 1990a; DGSR, 1997).

Hasta ahora, la mayor responsabilidad en estas acciones ha recaído en esta Dirección General, aun cuando algunas entidades federativas han hecho esfuerzos propios de organización, asignación de recursos y ejecución de este tipo de actividades; sin embargo, como una siguiente etapa de las estrategias iniciales de capacitación y como resultado de las mismas, es necesario que los Servicios Estatales de Salud se responsabilicen del desarrollo de sus actividades de capacitación y obtener la autosuficiencia en la satisfacción de sus necesidades en la formación de recursos humanos, en materia de salud reproductiva y planificación familiar.

Las estrategias generales de desconcentración de la capacitación y líneas de acción de este programa, se inscriben en el marco de la descentralización propuesto en el plan de reforma del sector salud 1995-2000, con la misión de ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos que se ofrecen ( DGSR, 1995a; PEF, 1995). En su sentido más amplio, la SSA (1995a) establece que la desconcentración "es un proceso político, jurídico, técnico y administrativo de transferencia de facultades, programas y recursos, de la federación a los gobiernos estatales y locales; tiene implícita la distribución de competencias, la

coordinación de programas de salud en el nivel local y la integración de los servicios".

Particularmente, el proceso de desconcentración llevado a cabo en esta dependencia (DGPF, 1990a; SSA, 1996), se entiende como la realización de actividades de capacitación por parte de las entidades federativas, de acuerdo a los lineamientos teóricos, técnicos y administrativos emitidos por esta Dirección; asimismo, no es considerada como la mera extensión de estas actividades, sino que se enmarca en un proceso de detección de necesidades educativas locales que pueden generar un mejor desarrollo del programa. Pretende contribuir en el proceso de autorresponsabilidad y autodeterminación de las entidades, en cuanto a la definición de acciones educativas que respondan a sus propias necesidades, así como favorecer el desarrollo y formación de sus recursos humanos.

### **Estrategias para la desconcentración de la capacitación**

Como parte de las estrategias en la transferencia de las acciones de capacitación, en cuanto a sus procesos y metodologías, se requirió; en primer lugar de la concertación e involucración de los niveles central y estatal, representados por la DGSR y los Servicios Estatales de Salud respectivamente, para la formación de los capacitadores estatales. En segundo lugar, se elaboró un esquema global para realizar la mencionada transferencia. Este esquema se compone del diseño y construcción de un curso para la formación de capacitadores, elaboración de un manual con los recursos didácticos necesarios que les permitan desarrollar por sí mismos las acciones instruccionales (DGPF, 1990a; SSA, 1996). Posteriormente se estructuró un plan de seguimiento para retroalimentar y valorar los resultados del curso, lo cual permitió implementar acciones correctivas en el proceso.

Las acciones de capacitación se basaron en tres modelos, los cuales respondían a las necesidades del personal; estos son: a) capacitación en servicio, que son actividades instruccionales o tutoriales que se relacionan directamente con el desempeño en el trabajo diario; las cuales intentan proporcionar durante la supervisión, los conocimientos, experiencias y habilidades que mejoren el servicio y el desempeño laboral; b) capacitación formal, constituyen actividades en las que se proporcionan conocimientos, se desarrollan habilidades o se modifican actitudes de grupos previamente seleccionados, en espacios físicos predeterminados; con el propósito de ponerlos en práctica en su trabajo; c) capacitación continua, los cambios logrados en los cursos formales deben ser reforzados y adicionarles innovaciones que van surgiendo como parte de la dinámica social, científica o del propio programa (Classen, Davini y Haddad, 1993; DGPF, 1990a).

### **Recursos para la desconcentración de la capacitación**

Se diseñaron y elaboraron los materiales que son de primera necesidad para capacitar, lo cual incluye un manual de contenidos y un paquete didáctico.

- Manual de contenidos, contempla los temas que dan estructura curricular al curso y permite al capacitador informarse del tema que desarrollará.
- Paquete didáctico, está conformado por las siguientes partes: a) un cronograma; b) cartas descriptivas de cada tema; c) materiales de apoyo didáctico o de apoyo visual; d) instrumentos de evaluación; e) formatos y f) paquete de técnicas didácticas.

Se hacen entre otras especificaciones, el objetivo general de capacitación, secuencia de temas, materiales a utilizar y enfoque temático. De tal manera que el personal encargado de la formación de los recursos humanos en los estados, tendrán la responsabilidad de su ejecución, respetando los lineamientos metodológicos, enfoque temático y normatividad emitida por el nivel central con el fin de garantizar cierta homogeneidad en las diferentes actividades capacitatorias en el programa. Todo lo anterior se presenta en un "paquete didáctico", al jefe del departamento de salud reproductiva de las entidades.

Estos instrumentos didácticos permiten y facilitan la transferencia a las autoridades estatales, las funciones instruccionales para habilitar su personal. Hasta ahora en los estados se cuenta con el personal multidisciplinario que atienden los módulos, el jefe del departamento y el responsable estatal de salud reproductiva capacitados, que pueden fungir como docentes o coordinadores de algún curso de réplica. Desde luego que la selección de los docentes y en sí la estructuración del equipo de capacitación lo hacen las autoridades estatales del programa; quienes tendrán que valorar si este personal reúne las características que debe tener un docente, disposición de tiempo y facilidades administrativas, para desempeñar estas funciones que comúnmente son anexas a sus actividades cotidianas.

En conclusión, la desconcentración de las actividades de educativas tiene las siguientes ventajas; establecer programas acordes a las necesidades estatales y locales, fortalecer la optimización de los recursos disponibles, permite identificar y atender los problemas de salud de manera inmediata y favorecer una mejor coordinación intrainstitucional.

### **CAPÍTULO 3. INFORME DE LAS ACCIONES DE CAPACITACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS/LAS ADOLESCENTES**

El desarrollo de las acciones de capacitación, hace referencia a la serie de actividades técnicas y profesionales orientadas a lograr los objetivos generales en la formación de los recursos humanos; esto es, la puesta en marcha del programa de capacitación en sí, de acuerdo a un plan, en el contexto de la misión institucional.

La salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes como problema de salud pública, requiere de la capacitación en forma masiva, del personal de salud que lo habilite para su evaluación, manejo y prevención. De modo que la instrucción, constituye un factor clave para el desarrollo o establecimiento de aquellas conductas, conocimientos o actitudes que el personal de salud requiere para ofrecer estos servicios; de igual manera, para los propios adolescentes como sujetos destinatarios de estos servicios, a fin de atenuar los conflictos que les aquejan.

El esquema de capacitación seguido contempla diversas técnicas y procedimientos, surgidos de las aportaciones de las diferentes disciplinas que integran el programa. La participación del psicólogo de la salud, es colaborar para determinar qué se necesita enseñar de cada una de las disciplinas implicadas; qué conocimientos, habilidades y actitudes se necesitan establecer o modificar, cuáles serían las mejores estrategias y procedimientos a seguir.

Las acciones instruccionales, como parte fundamental del trabajo del psicólogo en este programa; adquirieron una variedad de características que se describirán a

lo largo de este capítulo. La planeación, investigación operativa, diseño, organización, concertación, y parte de la evaluación se realizaron en la Dirección General de Salud Reproductiva; mientras que los cursos de capacitación fueron efectuados en su totalidad en varias sedes en el interior del país.

En esta sección se describirá el *cómo* de las acciones de capacitación, por lo que se revisará la metodología seguida, los objetivos del presente reporte, así como los detalles que caracterizaron los procedimientos; concluyendo con la presentación de los principales resultados, la discusión y conclusiones. La intención es detallar cada uno de los aspectos que componen la metodología científica, por lo que se enumeran a continuación los objetivos, posteriormente el procedimiento y así sucesivamente.

**Los objetivos del presente informe son:**

*Objetivo general:*

Presentar una panorámica que contemple las funciones profesionales del psicólogo, en el proceso de capacitación del personal multidisciplinario que otorga los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para población adolescente, en las unidades de la Secretaría de Salud.

*Objetivos particulares:*

1.- Describir el sistema de capacitación que se está llevando a cabo en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, en la Dirección General de Salud Reproductiva.

2.- Reseñar las funciones directas o indirectas del psicólogo en el proceso de entrenamiento del personal multidisciplinario que atienden los módulos de atención a adolescentes.

3.- Explicar el proceso de desconcentración de la capacitación en el Programa Nacional de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, en tanto coparticipación del psicólogo.

4.- Enunciar los resultados de la capacitación logrados en este programa, así como los productos derivados de la misma.

5.- Señalar la situación actual del programa, así como presentar una panorámica de sus principales retos, aciertos y las conclusiones.

### **3.1. Metodología**

#### **Participantes**

Los participantes que directamente estuvieron relacionados con el proceso instruccional, lo conformaron dos grupos, los capacitadores y capacitandos:

a) *Capacitadores*. El equipo de capacitadores está conformado de dos psicólogos, dos médicos, y una pedagoga, este grupo tiene la función de habilitar los recursos humanos para el programa, y su adscripción está en la DGSR; este grupo ya tenía experiencia en la capacitación de personal con características profesionales, dado que ya venía trabajando cuestiones de planificación familiar así como de salud reproductiva.

Adicionalmente, existen los capacitadores estatales, que es un grupo habilitado por el equipo de capacitadores del nivel central, tiene una estructura profesiográfica semejante al primer grupo, aunque a veces fueron más numerosos y más diversas las profesiones que lo integraron; realizan las mismas funciones en el nivel estatal a través de réplicas de cursos.

b) *Capacitandos*. El personal que recibe la capacitación en los estados, en el marco de este programa, corresponde principalmente a un grupo de cuatro profesionales de la salud: el médico, el psicólogo, la trabajadora social y la enfermera; constituyendo invariablemente, grupos multidisciplinarios, sus edades oscilaron de entre 25 y 45 años en promedio, donde el sexo femenino participó predominantemente, son trabajadores de base de las distintas unidades de salud: hospitales generales y centros de salud. Los cursos se integraron con grupos de entre 25 y 40 participantes.

Después del entrenamiento se incorporaron al programa para conformar un equipo interdisciplinario de trabajo, que ofrece los servicios de salud sexual y reproductiva a los adolescentes.

### **Escenarios**

Las actividades de capacitación se llevaron a cabo en tres tipos de escenarios, que corresponden a capacitaciones, supervisiones y asesorías. *Escenarios de las capacitaciones*. Los espacios físicos donde se desarrollaron la capacitación, las supervisiones y las asesorías en toda la República Mexicana, presentaban características comunes; como el que fueran salones de convenciones en hoteles, aulas de enseñanza o auditorios en hospitales u otras unidades de salud, dentro de la propia infraestructura de la Secretaría de Salud. Estas áreas físicas

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

cumplían con condiciones de adecuada iluminación; en los auditorios, esta podía modificarse su intensidad u oscurecerse, para la proyección de películas u otras imágenes en diapositivas y/o acetatos.

Los salones donde se llevaron a cabo las actividades de enseñanza, presentaban una distribución de mesas en forma de U<sup>14</sup>, en cuyo frente se ubicaron la pantalla, el rotafolios y los monitores de televisión para la proyección de videos; en el centro de la U, se colocaron una o dos mesas que soportaban los proyectores de diapositivas y de acetatos, así como otros materiales durante las ponencias. Adicionalmente, se contó con un espacio equivalente al 100% del ocupado por la U, con el propósito de hacer el proceso instruccional más participativo, interactivo y/o vivencial, permitiendo de esta manera la ejecución de las técnicas didácticas grupales requeridas en el curso.

Otro aspecto de gran importancia en los escenarios de capacitación, es el clima, debido a que en algunas sedes las temperaturas eran muy extremosas, fue necesario entonces, que la temperatura fuera controlada desde el interior del aula, para mantener una temperatura de entre 20 y 25 °C.

*Escenarios de las supervisiones.* Las supervisiones, se realizan en los consultorios médicos y psicológicos que integran el módulo de atención a los adolescentes, en las unidades hospitalarias y centros de salud que llevan el programa.

a) Consultorio médico, lo constituye dos áreas de aproximadamente 3 por 3 metros cada una, distinguiéndose a través de un biombo o cortina, un espacio

---

<sup>14</sup>La distribución de mesas y/o sillas, se hacía en forma de herradura (U), para facilitar una mejor interacción e integración entre el/los docente/s y los/las participante/s y, que éstos cuenten con una mejor visión de los materiales proyectados.

para consulta y otro para exploración. En el área de consulta, se cuenta con un escritorio y dos o más sillas para el/los consultantes, báscula, vitrina para medicamentos y métodos anticonceptivos; en la parte correspondiente a exploración física, se encuentra una mesa de exploración, lavabo con agua corriente, así como el instrumental médico necesario para este fin.

b) Consultorio psicológico, cuenta con un área de aproximadamente 3 por 3 metros, habitualmente los muebles que se encuentran son un escritorio, sillas para el prestador del servicio y para el o los adolescentes, en ocasiones se cuenta con un diván o reposet.

c) Otras áreas, las supervisiones se realizan también en otros espacios de la unidad, como es el archivo, la recepción y zona de hospitalización; las cuales permiten verificar condiciones en la prestación del servicio.

*Escenano de las asesorías.* Estos espacios constituyen las áreas de trabajo del departamento de salud reproductiva estatal, los cuales pueden ser salas de juntas, aulas de enseñanza y en ocasiones el área de oficinas.

### **3.2. Recursos materiales y equipo**

Los recursos materiales empleados para la capacitación pueden clasificarse en cuatro grupos, el primero de ellos estuvo integrado por los *apoyos didácticos impresos*, donde pueden mencionarse el manual de contenidos, el paquete didáctico constituido por las herramientas del docente: cartas descriptivas, propuesta de apoyo visual, acetatos o diapositivas, instrumento de evaluación y técnicas didácticas; el segundo grupo de impresos lo conformaron los materiales de promoción: carteles, dípticos, trípticos, folletos y volantes. (Ver anexo).

La papelería utilizada fue el tercer grupo de materiales, donde se identifican los lápices, bolígrafos, gafetes y portagafetes, cuadernos/blocks, folders, cintas adhesivas, sacapuntas, hojas blancas, hojas para rotafolios, marcadores, tijeras, y gises. Finalmente, el equipo de apoyo a la docencia conformó el cuarto grupo de materiales utilizados, el cual estuvo integrado de: proyector de diapositivas, retroproyector o proyector de acetatos, pantalla, pintarrón, rotafolios, videocasetera, televisión, películas en formato VHS, señalador, display o pendón, logotipo de la Secretaría de Salud, del programa y el mobiliario del salón.

### **3.3. Procedimientos**

Como parte de las acciones internas de planeación y organización, para la ejecución de este programa, se siguió un esquema de dos puntos fundamentales, concretizados en los procedimientos preliminares y la ejecución de la instrucción, que a continuación se describe.

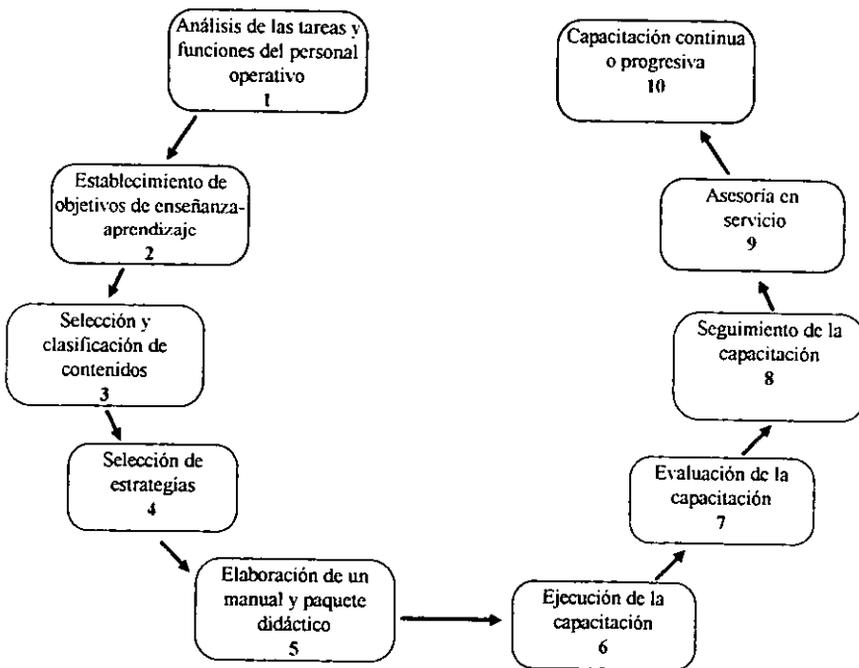
#### **Procedimientos preliminares a la capacitación**

Los procedimientos preliminares a la capacitación hacen referencia a toda la serie de acciones y preparativos que fue necesario llevar a cabo, antes de ejecutar el curso inductivo. Lo conforman seis puntos, que se describen a continuación.

1) *Capacitación interna*. La formación de capacitadores se llevó a cabo a partir de que el personal capacitador de la Dirección General tomó dos cursos, uno de "Habilidades en consejería del programa de salud adolescente de la OMS", y otro "Propedéutico de Sensibilización para el Trabajo con Adolescentes en Redes de Salud", cuyo objetivo fue reforzar en el personal sus conocimientos y habilidades, en la atención a la salud sexual y reproductiva en los adolescentes, con un mayor

enfoque hacia la orientación consejería, que le permitiera transmitir esta experiencia al personal operativo.

2) *Diseño de la capacitación para el personal operativo.* Después de la capacitación interna, el siguiente paso fue estructurar un modelo que respondiera a las características y necesidades del programa, por lo que se exploraron varios aspectos: recursos, duración, estrategias, costos, personal involucrado, contenidos y apoyos adicionales. Surgiendo de esto el siguiente esquema.



Cabe aclarar que aún cuando el esquema sigue una dirección "lógica" de los procedimientos, éstos no necesariamente mantuvieron dicha secuencia, puesto que las condiciones podían exigir ejecutar más de uno a la vez, o posponer alguno, porque otro demandara mayor urgencia. A continuación se describe cada uno de los diez puntos que conforman este esquema.

*Análisis de las tareas y funciones del personal operativo*, a través de grupos interdisciplinarios de discusión, se estructuraron las funciones que el personal operativo tendría; sobresaliendo lo siguiente: ofrecer atención médica integral, atención psicológica, dar orientación-consejería, hacer la referencia a un área de especialidad o a otra institución, impartir pláticas a los adolescentes en escuelas o en los lugares donde éstos se encuentren y otras acciones de prevención necesarias.

*Establecimiento de objetivos de enseñanza-aprendizaje*, como resultado de la determinación de dichas funciones se estructuraron los objetivos del curso y de enseñanza-aprendizaje; para el primer caso se tiene que es, "Capacitar al personal multidisciplinario en aspectos teóricos-metodológicos y de orientación-consejería en salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes, que les permita brindar este servicio en los módulos instalados en las unidades de la Secretaría de Salud" (DGPF, 1994).

Los objetivos de la enseñanza-aprendizaje, se describen de manera específica en la carta descriptiva, que de manera particular se hizo para cada tema. (*Ver carta descriptiva, completa en los anexos*).

*Selección y clasificación de contenidos*, el paso seguido fue seleccionar y clasificar la serie de contenidos, que permitirían alcanzar los objetivos de

capacitación propuestos; como resultado de esto, se integraron cuatro módulos temáticos en salud sexual y reproductiva para adolescentes, mismos que ya fueron descritos en el capítulo 2. Estos contenidos tenían que cubrir criterios mínimos, como contar con datos actualizados, relativamente breves en su desarrollo, y lenguaje accesible a personal multidisciplinario.

*Selección de estrategias*, como parte de las estrategias se diseñó un curso-taller muy participativo, incorporando para ello técnicas didácticas activas y facilitadoras del aprendizaje, así como materiales que cumplieran las mismas funciones. Entre estos últimos cabe mencionar, los apoyos visuales atractivos, películas, escenarios cómodos y agradables para la estancia.

*Elaboración de un manual y paquete didáctico*, de manera simultánea se elaboró un manual de contenidos y un paquete didáctico, que integra los contenidos teóricos, así como las cartas descriptivas, el cronograma, los apoyos visuales, las técnicas didácticas sugeridas, la evaluación; este recurso permitió al equipo capacitador contar con los instrumentos necesarios para desarrollar el curso, por una parte y por la otra, avanzar en favor de la descentralización.

*Ejecución de la capacitación*, durante el curso, los capacitadores se presentaron en la sede programada para realizar el evento, cual tiene una duración de cuatro días incluyendo mañanas y tardes. Su contenido, trató de balancear la teoría con el desarrollo de habilidades y cambio de actitudes.

*Evaluación de la capacitación*, para alcanzar este propósito, se diseñó un instrumento que contiene 40 reactivos de opción múltiple previamente confiabilizados, además de asegurar un balance representativo de los 19 temas que integran el curso; se aplicó al inicio del curso y al final del mismo (evaluación

inicial y evaluación final). Además, se valoró el desempeño del/los instructor/es a través de un instrumento de evaluación breve.

*Seguimiento de la capacitación*, al término del entrenamiento se establecía con el personal capacitado y con el jefe del área de salud reproductiva o con el responsable estatal del programa, un esquema de seguimiento que permitiera conocer los resultados de la capacitación y valorar el desempeño del personal e identificar problemas y necesidades. Habrá que recordar que incluía evaluar la permanencia del personal, realizar supervisiones y brindar asesoría en servicio, así como diseñar y ejecutar un programa de capacitación progresiva o continua.

*Asesoría en servicio*, durante las visitas se proporcionó al personal operativo de los módulos, la asesoría necesaria durante el proceso de otorgar el servicio a los/las jóvenes, además de aclarar las dudas o resolver problemas. El asesor que acudía a esta visita era personal del propio grupo capacitador.

*Capacitación continua o progresiva*, como producto de una evaluación integral del programa, así como por el seguimiento, se fue diseñando un esquema de capacitación continua o progresiva, para el personal involucrado en las acciones operativas, además congruente con las necesidades detectadas. Se diseñaron y ejecutaron dos cursos uno de prevención del embarazo no planeado en adolescentes, dirigido a personal multidisciplinario del primer nivel de atención (centros de salud); y otro de orientación-consejería en salud sexual y reproductiva para adolescentes orientado a los profesionales multidisciplinarios del segundo nivel de atención (hospitales).

3.- *Alcances del programa*. En reuniones interdisciplinarias y bajo un conocimiento de las características institucionales se fueron determinando, cuáles serían las características operativas del programa así como los servicios que

ofrecería, considerando el personal, los recursos y la infraestructura existente en la Secretaría.

4.- *Determinación del perfil del personal operativo.* Una vez precisado los alcances del programa y los servicios que abarcaría; se procedió a identificar en principio al/los profesional/les que estarían brindando estos servicios a los/las adolescentes; en cuyo acuerdo se estableció que, para que fuera un servicio integral, era necesario contar mínimamente con un médico, un psicólogo, una enfermera y una trabajadora social; quienes tuvieran afinidad o les gustaría trabajar con los/las adolescentes; de preferencia que hubieran observado previamente constancia en su trabajo, empáticos, con habilidades para comunicarse y capacidad técnica, entre otras cualidades.

5.- *Selección de las entidades idóneas.* a).- Entidades idóneas. Se determinó que seis estados fronterizos del norte del país: Sonora, Tamaulipas, Baja California, Nuevo León, Coahuila, Sinaloa y el Distrito Federal; serían las entidades que ofrecerían mayores ventajas y facilidades para arrancar el programa, en una primera fase.

b).- Fase de sensibilización. Se procedió a convocar a los responsables estatales de salud reproductiva, a un taller con el propósito de darles a conocer el programa, valorar la conveniencia de la implementación de los módulos en sus respectivas entidades, tomar decisiones acerca de, en qué unidad/es de salud sería más conveniente su operación, uno o dos por entidad, considerando: espacio físico, personal multidisciplinario disponible, problemática adolescente y demanda de servicios y, asumir compromisos para acciones inmediatas.

6.- *Selección del personal a capacitarse.* Posteriormente, las autoridades estatales de salud reproductiva procedieron previo compromiso; a seleccionar al

personal para la capacitación, los cuales eran enviados a un curso regional de 30 horas, que los habilitaría en la atención a adolescentes y que al regreso a sus entidades procedieran a dar a conocer el programa a sus respectivas autoridades y a todo el personal de la unidad, acondicionar el área, preparar la logística interna, recepción de los materiales y apoyos proporcionados por el nivel central e iniciar el programa a través de una agenda estatal.

### **Ejecución de la capacitación**

#### ***Fase I. Capacitación del personal de los Estados fronterizos y el Distrito Federal***

La capacitación dio inicio cuando el personal operativo de los estados fronterizos, acudieron a recibir el entrenamiento básico correspondiente en sedes regionales; durante esta, la cantidad de asistentes por entidad fue la misma para todos, el equipo docente fue cuidadosamente seleccionado y, los materiales previamente probados. Al final de la capacitación se hizo una evaluación integral y se propusieron alternativas en los casos en que se presentaron inconsistencias.

*Arranque del programa.* Posteriormente a esta capacitación, se estableció una fecha de arranque del programa, para que el personal de los módulos de las entidades previamente sensibilizadas y capacitadas iniciaran el servicio. Desde luego ya se contaba con un espacio físico exclusivo para la atención, es decir, los consultorios, el personal habilitado, materiales impresos para la difusión y promoción, equipo médico en cada unidad, concertaciones con instituciones educativas y organismos no gubernamentales para las actividades extramuros y para la referencia.

### ***Fase II. Ampliación de la cobertura a los Estados prioritarios***

Siguiendo ya con un modelo de capacitación aplicado en la fase anterior, se procedió a la implementación del programa en aquellos Estados, que por sus características, adquirirían el trato de prioritarios, debido a sus problemas de salud materno e infantil, índice de natalidad y/o problemas demográficos; para el Programa Nacional de Salud Reproductiva, que en este momento son ocho, los cuales son: Hidalgo, Guerrero, Puebla, Chiapas, Oaxaca, Guanajuato, Veracruz y Chihuahua.

Tanto la capacitación como la logística que se siguió con este grupo de Estados, fue igual al de la primera fase.

### ***Fase III. Cobertura Nacional***

En esta fase se capacitó al personal de las entidades restantes para que se incorporaran al programa, a través de instalar por lo menos un módulo de atención a adolescentes en sus unidades de salud. El esquema seguido fue el mismo que en las fases anteriores, tanto para la concertación, sensibilización y capacitación, como para la logística de los insumos del programa.

### **Modalidad de los cursos**

**Cursos regionales.** En un inicio el programa desarrolló cursos regionales, esto es; dependiendo de la demanda programada, se planeo su impartición en una sede que fuera en cierta forma central para el resto de las entidades ubicadas por la zona, así por ejemplo, para las entidades del sudeste: Campeche, Quintana Roo, Yucatán y Chiapas; la sede bien podría ser Mérida o Cancún.

De esta manera un curso regional incluía la participación simultánea del personal de salud de varias entidades, concentradas en una ciudad más o menos céntrica. Esta estrategia permitía considerable ahorro de recursos financieros, además de abarcar en un menor tiempo a una población mayor de capacitandos.

**Cursos de réplica.** Después de capacitar a todas las entidades del país, algunas de éstas se interesaron enormemente en el programa que casi de manera inmediata tramitaron su solicitud para ampliar la cobertura del servicio a otras unidades de salud. Esto, inmediatamente tomó dos facetas para su concreción, por un lado, estaban los Estados que requerían del apoyo económico y/o la asesoría técnica de la Dirección General para la realización del entrenamiento; para lo cual se enviaba a una persona del equipo docente para brindar dicho apoyo; y, por el otro lado, estaban las entidades que realizan esta actividad con sus propios recursos tanto económicos como humanos.

En términos generales, los cursos de réplica son aquellos que se realizan por la iniciativa estatal con recursos propios y/o con el apoyo de esta Dirección General. El personal que se habilita corresponde a la entidad solicitante.

### **3.4. Seguimiento a la capacitación**

Después de que concluyeron los primeros cursos, se implementaron las acciones correspondiente al seguimiento. Estas se abocaron a detectar posibles vacíos o deficiencias que impidieran cumplir plenamente con la misión del programa, de la capacitación y desde luego de los servicios a los/las adolescentes. A estas visitas acudían esencialmente un médico y un psicólogo, mismos que participaron en la formación de los supervisados.

## **Supervisión y asesorías**

La supervisión que se realizó, consistió en hacer una inspección visual de cómo se otorgaba el servicio en cuanto: a trato con el usuario, calidad del mismo, manejo de los problemas, etc. Además de la revisión de otros aspectos como la logística de los anticonceptivos, presentación del equipo de salud, condiciones del consultorio y equipo proporcionado, necesidades del personal y problemática detectada, entre otros detalles (DGSR, 1998b).

Las visitas de asesoría tenían dos modalidades, 1. Asesoría en servicio, consistía en acudir a los módulos para hacer una inspección visual del servicio que se ofrecía a los jóvenes, ofreciendo alternativas de solución ante la problemática detectada; 2. Asesoría técnica para los cursos, en estas actividades se acudía al estado para asesorar a los responsables estatales del programa en la organización, ejecución y evaluación de los cursos de réplica que las propias entidades desarrollaban.

## **Reuniones nacionales de evaluación**

Estas reuniones tuvieron un carácter eminentemente evaluativos del programa, de tal manera que se convocó al personal operativo en funciones para que en el marco de un taller se evaluara una serie de indicadores, como los siguientes: principales problemas en la atención al adolescente (servicio médico y psicológico), relacionado con su salud sexual y reproductiva; necesidades de capacitación, materiales de difusión, apoyo a la orientación-consejería, y alternativas de solución, entre otros indicadores.

Esta forma de evaluación permitía valorar la situación del programa, además de facilitar la toma de decisiones para la implementación de acciones logísticas, de

capacitación, administrativas o de otro tipo; y, disminuía los costos de las supervisiones efectuadas módulo por módulo.

### **Evaluación de la permanencia**

De manera simultánea a la propia capacitación, se estuvieron llevando acciones de seguimiento del personal habilitado, con el propósito de ir midiendo las "fortalezas y debilidades" del programa y de la capacitación como uno de sus ejes centrales; en aspectos como: permanencia-deserción del recurso capacitado, el motivo de la deserción, problemática surgida en la prestación del servicio y detección de necesidades de capacitación, entre otros. Lo cual en un principio, se midió a partir de intervalos de tiempo aproximados de un año, con llamadas telefónicas, mensajes a través de fax y/o mensajería.

### **Capacitación progresiva**

Se diseñaron dos cursos uno para el personal de los centros de salud, que se denominó; "*Curso de prevención del embarazo no planeado en adolescentes*" con una duración de 21 horas ejecutables en tres días. Este curso está conformado por 12 temas, relacionados con la prevención del embarazo en el grupo etareo de 10 a 19 años de edad, tales como: estrategias para la prevención del embarazo no planeado, factores que influyen en el embarazo en adolescentes, implicaciones psicológicas del embarazo en adolescentes, etc.

El segundo curso fue diseñado para el personal que atiende a los adolescentes en las unidades hospitalarias, es un "*Curso de orientación-consejería en salud sexual y reproductiva para adolescentes*", en donde lo fundamental es revisar y ejercitar tanto las técnicas como conocimientos para brindar este servicio a los

jóvenes, incluye entre otros temas: microhabilidades de la orientación-consejería, técnicas de entrevista, momentos difíciles de la orientación-consejería y consejería breve en adolescentes; con una duración aproximada de 21 horas, ejecutables en tres días.

### **3.5. Proceso de desconcentración de la capacitación**

En el área de atención a la salud sexual y reproductiva para adolescentes, las acciones de desconcentración de la capacitación giran alrededor de cuatro estrategias principales, la concertación y participación con el nivel estatal, la elaboración de los manuales de contenidos, los paquetes didácticos y la formación de los capacitadores estatales, a fin de que las entidades lleven a cabo la formación del personal que requieran, con sus propios recursos.

#### ***Estrategias***

Las estrategias que se describen más adelante son las que, por las condiciones institucionales y avance de la desconcentración, considero el equipo, como lo más viable.

***Concertación y participación conjunta con el nivel estatal.*** Se llevaron a cabo una serie de reuniones con las representaciones estatales de salud reproductiva con el propósito de concertar, llegar a acuerdos y compromisos recíprocos para concretizar en acciones de desconcentración de la capacitación, como es el caso de la formación de un equipo estatal de capacitadores, la elaboración y distribución de materiales didácticos, entre otros compromisos asumidos por esta Dirección General.

**Elaboración de manual de contenidos y materiales didácticos.** Como parte constitutiva de los recursos de la instrucción se ha recopilado, elaborado y revisado una serie de artículos de salud sexual y reproductiva en adolescentes que son congruentes, serios y con el enfoque del programa, a fin de conformar un manual de contenidos del curso. Se integra con artículos producidos por personas y/o instituciones de renombre nacional o internacional, que trabajan con adolescentes, les ofrecen servicios o han estudiado su problemática. De tal manera que antes de comenzar formalmente con la capacitación se contó con un ejemplar para cada participante. (*Ver carátula, en anexos*).

Con el avance de los procesos instruccionales y la retroalimentación proporcionada por los grupos en formación y seguimiento se le fueron incorporando adecuaciones. De este modo se incorporaron nuevas técnicas, un formato congruente con su paquete didáctico, así como una nueva presentación; para 1997, se actualizan una serie de datos que surgen de la misma evaluación del programa.

**Paquete didáctico.** Comenzó su elaboración a la par con el manual de contenidos; pero fue hasta 1995, cuando adquirió una estructura más formal, entre mediados de este año y 1996, se le hicieron cambios substanciales a las cartas descriptivas, y técnicas didácticas. Se incorporaron los diferentes formatos, el de la historia clínica del adolescente, el del informe mensual, el instrumento de evaluación, así como los apoyos visuales, entre otros cambios; cuyos fines es integrar un paquete que incluyera los recursos técnicos, pedagógicos y didácticos, congruentes y homologadas con el manual, para facilitarles a los futuros capacitadores la ejecución del proceso instruccional.

**Formación de capacitadores.** Las acciones de formación de capacitadores estatales, integra uno de los ejes rectores de la desconcentración que está

llevando a cabo el Gobierno Federal, de manera particular la Dirección General de Salud Reproductiva. La estrategia ideada, permite la optimización de los recursos financieros y materiales, en tanto que la formación del equipo de capacitadores, no fuera específicamente para el programa de adolescentes, sino que fuera más amplia, de esta manera cabe resaltar que de todas las acciones de capacitación aquí reportadas con este propósito, estas fueron ejecutadas en coparticipación con las otras áreas, pertenecientes a los distintos subprogramas que integran el Programa Nacional de Salud Reproductiva.

La estrategia seguida consistió en varias fases; inicialmente, las entidades tuvieron que llevar a cabo un proceso de selección del personal que habilitarían como master, a partir de un perfil del puesto requerido. En segundo lugar, convocaron a su personal para participar en el curso de formación de capacitadores estatales, donde previa sensibilización y compromisos asumidos, se le habilitó en los diferentes componentes de la salud reproductiva; cabe agregar, que los conocimientos y habilidades en salud sexual y reproductiva de adolescentes, abarcaron las siguientes áreas: adolescencia, sexualidad, orientación-consejería, salud sexual y reproductiva, manejo grupal o de grupos de aprendizaje, manejo de materiales y técnicas didácticas, así como acciones de microenseñanza. Finalmente, la evaluación de la capacitación fue realizada en dos momentos, al inicio y al final de la misma, conformándose después un esquema de seguimiento que permitiera valorar el desempeño en el puesto.

### **Recursos**

Los recursos para la descentralización, constituyen en primer lugar los materiales del capacitador, anteriormente descritos; en segundo lugar, se diseñaron y elaboraron una serie de folletos, trípticos, carteles, así como el envío de material bibliográfico (libros, revistas, manuales, películas y artículos), spots para radio y

televisión; por lo que estos recursos apoyaron la difusión, información y promoción.

Por último, el reporte de necesidades para la operación del programa establecía la urgencia de otros recursos más específicos para la prestación del servicio; por lo que se dotó de: equipo médico-ginecológico, mesas de exploración, pinzas, espejos vaginales y muchos otros; formatos de historia clínica y de informe mensual; y, equipo para sesiones educativas: videocasetera y televisión.

### **3.7. Resultados**

A continuación se describirán los resultados obtenidos, como parte de las acciones de capacitación hasta ahora realizadas en el Programa Nacional de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, son los productos de las actividades centrales del psicólogo anteriormente descritas, se van a presentar de manera desglosada en varios rubros, a través de cuadros y gráficas.

#### **3.7.1. Cursos de atención a la salud sexual y reproductiva para adolescentes**

Inicialmente se presentarán los datos obtenidos en las acciones de capacitación básica, otorgando el "Curso de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes", por el equipo de trabajo de la Subdirección de Atención a Adolescentes.

##### **Cursos regionales**

Hasta diciembre de 1995, los cursos regionales otorgados, fueron 9, distribuidos de la siguiente manera: en 1994 se hicieron 5 cursos y 4 en el siguiente año. Cronológicamente fueron ejecutados en tres momentos estratégicos, denominados fase I, II y III.

##### ***Fase I. Arranque del programa***

En 1994, año en que surge el programa, se impartieron cinco cursos regionales. En lo que se denominó la primera fase de capacitación, se llevaron a cabo tres cursos, mientras que en la segunda fase fueron dos cursos los que se realizaron, totalizando cinco.

La primera fase, inició con un curso en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, donde se capacitó personal de los Estados de Tamaulipas, de Coahuila y Nuevo León. El segundo curso fue impartido en Mexicali, Baja California, donde participó el personal de los Estados de Sonora, Sinaloa y Baja California. El tercero de estos cursos se hizo en México, participando en este, únicamente el personal del Distrito Federal, por la cantidad de asistentes que esta entidad capacitó, no se incorporó personal de otros Estados.

El primer cuadro ilustra la primera fase de capacitación, por sede y personal habilitado en cada evento.

Cuadro No. 1. Fase I. Arranque del programa de capacitación

| Fase I. Arranque del programa. 1994 |           |          |                  |
|-------------------------------------|-----------|----------|------------------|
| Sede                                | Monterrey | Mexicali | Distrito Federal |
| Personal capacitado                 | 26        | 27       | 35               |

Fuente: Informes del programa de capacitación (1994-1998); Subdirección de Atención a Adolescentes, Dirección General de Salud Reproductiva (SSA).

### ***Fase II. Estados prioritarios***

La segunda fase de capacitación, integró a los Estados denominados prioritarios, cuyo primer curso regional se llevó a cabo en la Ciudad de Oaxaca, donde acudieron los prestadores de servicios de salud de los Estados de Guerrero, Veracruz, Puebla, Chiapas y Oaxaca.

El último curso regional de 1994, pero que corresponde a esta misma fase, se realizó en la Ciudad de Guanajuato, reuniendo en este al personal de los Estados de Chihuahua, Baja California Sur, Chiapas, Hidalgo y Guanajuato.

Es necesario aclarar que el Estado de Chiapas habilitó sólo a una persona en esta ocasión por lo que este dato pasará al curso anterior, que fue donde esta entidad habilitó al grueso de su personal; por otra parte, Michoacán, que es un Estado prioritario participó en la fase III de capacitación, por lo que sus datos no aparecerán en esta sección.

Cuadro No. 2. Fase II. Capacitación a Estados prioritarios

| Fase II. Estados prioritarios. 1994 |        |            |
|-------------------------------------|--------|------------|
| Sede                                | Oaxaca | Guanajuato |
| Personal capacitado                 | 50     | 36         |

Fuente: Informes del programa de capacitación (1994-1998); Subdirección de Atención a Adolescentes, Dirección General de Salud Reproductiva (SSA).

### ***Fase III. Cobertura nacional***

En 1995, año en que se amplió la cobertura del programa a todo el Territorio Nacional se llevaron a cabo cuatro cursos regionales.

En Zacatecas, Ciudad capital, se hizo un curso regional, donde participó personal de los Estados de Aguascalientes, Durango, San Luis Potosí, Querétaro y Zacatecas, sumando 47 capacitados.

En el curso regional del sudeste (Mérida) participaron 28 asistentes, pertenecientes a los Estados de Quintana Roo, Tabasco y Yucatán.

En el occidente del país, fue la tercera sede regional, concretamente en la Ciudad de Guadalajara, donde asistieron 28 personas de los Estados de Nayarit, Colima y Jalisco.

Finalmente, en la Ciudad de México se ejecutó el cuarto curso regional, en el que participaron 45 profesionales de la salud, que son el personal operativo de los Estados de Morelos, Michoacán, Tlaxcala, Campeche y Estado de México.

Agrupados los cursos regionales y cantidad de personal habilitado en cada una de estas sedes, queda gráficamente expresado en el siguiente cuadro:

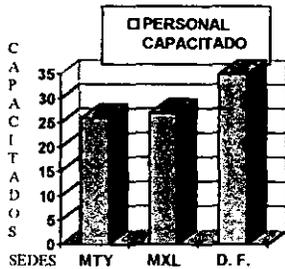
Cuadro No. 3. Fase III. Capacitación con Cobertura Nacional

| Fase III. Cobertura Nacional. 1995 |           |        |             |                  |
|------------------------------------|-----------|--------|-------------|------------------|
| Sede                               | Zacatecas | Mérida | Guadalajara | Distrito Federal |
| Personal capacitado                | 47        | 28     | 28          | 45               |

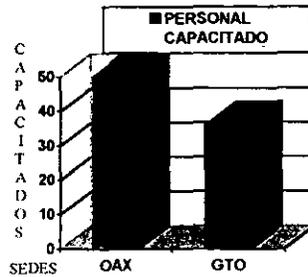
Fuente: Informes del programa de capacitación (1994-1998); Subdirección de Atención a Adolescentes, Dirección General de Salud Reproductiva (SSA).

Como puede observarse, el programa incorporó a todo el país en un poco más de un año, con nueve cursos regionales y 322 personas capacitadas en salud sexual y reproductiva para adolescentes, mismas que se responsabilizaron del servicio en los módulos de adolescentes en las 32 entidades.

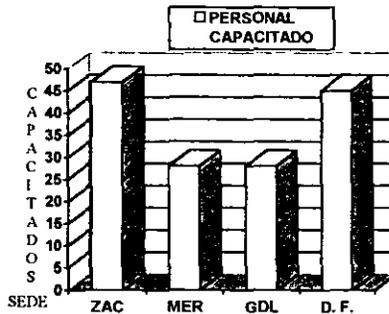
Lo anterior ha sido posible gracias a la estrategia de los cursos regionales que incorporó en estas nueve sedes al personal de todo el país, que en ese momento requirió del entrenamiento. Sus datos se observan descriptivamente en las siguientes tres gráficas; la primera figura corresponde a la fase I, la segunda a la fase II y la tercera a la fase III.



Gráfica No. 1. Indica la cantidad de personal capacitado en la primera fase, en tres sedes de la frontera norte.



Gráfica No. 2. Indica la cantidad de personal capacitado en la primera fase, con Estados prioritarios.



Gráfica No. 3. Indica la cantidad de personal capacitado en ampliación de la cobertura a nivel nacional, en cuatro sedes.

### Cursos de réplica otorgados

Como parte de las acciones de consolidación del programa, entre 1995 y 1997 se realizaron 31 cursos de réplica, estos cursos surgieron en 1995, lo que demostró el interés de muchas entidades por el programa, permitiendo ampliar la capacitación de su personal para la instalación de más módulos de atención a jóvenes, de ahí en adelante, esto ha continuado con muy buen ritmo, lo cual se expresa en el siguiente cuadro, clasificado por año, en 1995 se impartieron 15 cursos, en 1996, 16 y en 1997, 10; totalizando 31 cursos.

Cuadro No. 4. Cursos de réplica impartidos por año.

| Año    | 1995 | 1996 | 1997 | total |
|--------|------|------|------|-------|
| Cursos | 15   | 16   | 10   | 31    |

Fuente: Informes del programa de capacitación (1994-1998); Subdirección de Atención a Adolescentes, Dirección General de Salud Reproductiva (SSA).

### 3.7.2. Personal capacitado

El personal capacitado en el programa de 1994 a 1997, por profesión y año en que se habilitó en cada entidad, se encuentra descrito en la tabla No. 1, (ver *anexo*). Como podrá apreciarse, hasta 1997 se habían capacitado 1192 profesionales de la salud, sobresaliendo por profesión a los médicos con 479, y por año, 1995; correspondiendo 455 capacitados, así como el Distrito Federal, que capacitó a 155 personas, y Baja California Sur y Campeche que capacitaron 5 cada uno, constituyendo así los extremos máximos y mínimos.

En el cuadro número 5, se aprecia la cantidad de capacitados por año. En 1994, se habilitaron 173 personas; en 1995, 455; para el siguiente año se formaron 398,

y finalmente en 1997, se entrenaron 157 profesionales en el campo de la salud sexual y reproductiva para adolescentes.

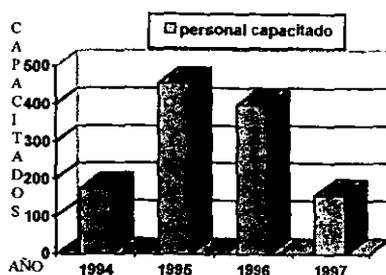
A continuación se ofrecen los siguientes cuadros y gráficas que condensan la totalidad del personal capacitados por año.

Cuadro No. 5. Personal capacitado por año.

| Año                 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | total |
|---------------------|------|------|------|------|-------|
| Personal capacitado | 173  | 455  | 398  | 157  | 1192  |

Fuente: Informes del programa de capacitación (1994-1998); Subdirección de Atención a Adolescentes, Dirección General de Salud Reproductiva (SSA).

La siguiente gráfica muestra en las barras, al personal multidisciplinario capacitado por año, de 1994 a 1997; sobresalen 1995 y 1996 por la gran cantidad de personal capacitado en esos años. 1994 y 1997, correspondieron los años en que se capacitó la menor número de personas bajo el esquema de curso básico.



Gráfica No. 4. Indica el personal capacitado, distribuidos por año, a partir de 1994 y hasta 1997.

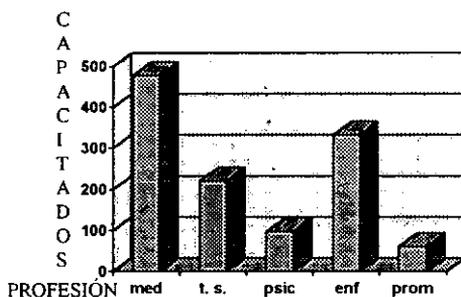
Por otro lado su desglose por profesiones, presenta la siguiente panorámica, expresado en el cuadro número 6.

Cuadro No. 6. Muestra el total de personal capacitado, por profesión.

| Profesión            | médicos | trabajadoras<br>sociales | psicólogos | enfermeras | promotores | total |
|----------------------|---------|--------------------------|------------|------------|------------|-------|
| Total de capacitados | 479     | 221                      | 98         | 333        | 61         | 1192  |

Fuente: Informes del programa de capacitación (1994-1998); Subdirección de Atención a Adolescentes, Dirección General de Salud Reproductiva (SSA).

Estos datos pueden apreciarse además en la gráfica número 5, donde se observa gráficamente el contraste existente entre el número de médicos capacitados y su contraparte, los promotores y psicólogos, quienes tienen las menores cantidades.



Gráfica No. 5. Indica personal capacitado por profesión.

### **3.7.3. Distribución de psicólogos capacitados**

Por lo observado en el cuadro No. 6, es innegable que la cantidad de psicólogos habilitados en el programa es escasa. Hasta diciembre de 1997, eran sólo 98 de ellos, que corresponden al 8.2% del todo el personal entrenado.

Al hacer comparaciones entre psicólogos y los demás profesionales de la salud capacitados, observamos que se han formado 4.9 veces más médicos, 2.3 veces más trabajadoras sociales, 3.4 veces más enfermeras; y, 1.6 veces más en comparación a los promotores, quienes fueron los que menos se capacitaron. Estos resultados tienen que ver con la visión tradicional persistente, aún en el sistema de salud que considera secundario o poco necesario el trabajo psicológico.

Por otra parte los Estados con mayor número de éstos profesionistas entrenados en el programa son el Distrito Federal con 14 profesionistas, le sigue Chiapas con 11 y el Estado de Veracruz con 10; mientras que por otra parte, los Estados de Baja California, Campeche, Morelos, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Tabasco y Yucatán, entre otros, no han capacitado a ninguno. (Vease *cuadro anexo*).

### **3.7.4. Seguimiento a la capacitación**

En cuanto a la permanencia-deserción, se tiene un seguimiento hasta mediados de 1997, en el que se establece los siguientes resultados: de 1192 capacitados, los que aún permanecen en sus funciones son 845, habiendo desertado 347 personas.

Los motivos de las deserciones en el programa obedecen a diversas razones, pero las que más frecuentemente se reportan son: el cambio de unidad o programa, el movimiento escalafonario, el cambio de turno, las funciones del personal corresponden a otra área y comisión sindical. De los datos anteriores se desprende que la deserción en el personal alcanza el 28.95%, y por consecuencia la permanencia está alrededor del 71%.

En cuanto a la supervisión se hicieron ocho visitas, en las que se observó la funcionalidad de 16 módulos, revisando sus características físicas, la calidad del servicio, se resolvieron las dudas que el personal expresó en su momento y finalmente se presentaba un informe de las problemáticas detectadas así como las posibles soluciones. En el caso de las asesorías técnicas para los cursos, se hicieron seis visitas, en donde se apoyo a los coordinadores estatales en la planeación y organización de la capacitación.

### **3.7.5. Capacitación progresiva**

#### **Cursos para personal de las unidades de primer nivel (centros de salud)**

En 1997, se logró la actualización de 174 profesionales que laboran en el programa, en los denominados estados prioritarios.

El siguiente cuadro ilustra la cantidad de personal que asistieron a estos cursos por entidad, en 1997, donde se aprecia la capacitación del personal de nueve entidades prioritarias.

Cuadro No. 7. Presenta los resultados del personal capacitado en el "curso de prevención del embarazo no planeado en adolescentes", en las entidades prioritarias.

| Entidad             | Chis | Gro | Gto | Hgo | Mex | Mich | Oax | Pue | Ver | Total |
|---------------------|------|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-------|
| Personal capacitado | 30   | 20  | 28  | 4   | 17  | 14   | 31  | 9   | 21  | 174   |

Fuente: Informes del programa de capacitación (1994-1998); Subdirección de Atención a Adolescentes, Dirección General de Salud Reproductiva (SSA).

### Cursos para personal de las unidades hospitalarias

Los resultados hasta ahora logrados se expresan en el siguiente cuadro, donde se establece que el estado de Chiapas ha capacitado a 30 personas de sus unidades hospitalarias y Oaxaca ha hecho lo propio con 20 de ellas; cabe aclarar que este curso está iniciándose, por lo que su cobertura es realmente incipiente.

Cuadro No. 8. Presenta los resultados del personal capacitado en el "curso de Orientación-Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes", en los Estados de Chiapas y Oaxaca.

| Entidad             | Chis | Oax |
|---------------------|------|-----|
| Personal capacitado | 30   | 20  |

Fuente: Informes del programa de capacitación (1994-1998); Subdirección de Atención a Adolescentes, Dirección General de Salud Reproductiva (SSA).

### 3.7.6. Módulos de atención a la salud sexual y reproductiva para adolescentes instalados

La instalación de los módulos de atención a adolescentes ha tenido un rápido ascenso, dado que desde 1994 comienza con la puesta en marcha de 33 de estos espacios para la atención de los jóvenes, 20 se ubicaron en los centros de salud y 13 en hospitales de segundo nivel.

Para el año de 1995, el impulso que recibe el programa es mayor, logrando instalar en los centros de salud urbano (csu) 49 módulos y 31 en los hospitales (hosp), que sumados dan un total de 80 módulos instalados.

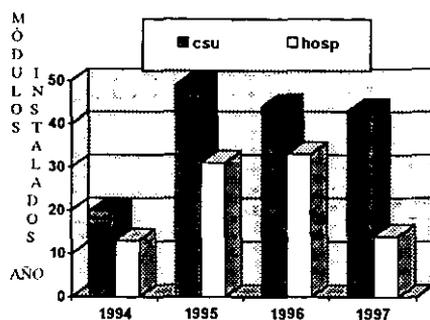
En 1996, fue básicamente de reforzamiento del programa, se logró la instalación de 77 módulos más, 44 de éstos en centros de salud y 33 en hospitales. Finalmente en 1997, se instalaron 57 módulos; 43 en centros de salud y 14 en hospitales. El desglose por año de éstos, mostraría la siguiente situación.

Cuadro No. 9. Indica la cantidad de módulos instalados, desde 1994 a 1997, tanto en centros de salud como en hospitales.

| Año                | 1994  |      | 1995  |      | 1996   |      | 1997   |      | total |      |
|--------------------|-------|------|-------|------|--------|------|--------|------|-------|------|
| Módulos instalados | c.s.u | hosp | c.s.u | hosp | c.s.u. | hosp | c.s.u. | hosp | c.s.u | hosp |
|                    | 20    | 13   | 49    | 31   | 44     | 33   | 43     | 14   | 156   | 91   |
| Total              | 33    |      | 80    |      | 77     |      | 57     |      | 247   |      |

Fuente: Informes del programa de capacitación (1994-1998); Subdirección de Atención a Adolescentes, Dirección General de Salud Reproductiva (SSA).

Los datos anteriores pueden apreciarse de manera gráfica en la siguiente figura; donde 1995, alcanza el mayor tope con 49 módulos en centros de salud, le seguiría 1996, con 44 y, 43 en 1997. Los consultorios en hospitales, observan su mayor frecuencia en 1996 con 33 instalaciones, y en 1995 con 31; mientras que en 1994 y 1997, corresponden 13 y 14 respectivamente.



Gráfica No. 6. Indica la cantidad de módulos instalados en la República Mexicana, tanto en centros de salud como en hospitales, de 1994 a 1997.

Estos resultados pueden apreciarse de manera más específica, a través de observar la participación en el programa, de cada una de las entidades (*ver tabla No. 2, anexo*).

Hasta diciembre de 1997, tanto por la capacitación como por referencia estatal, se encontraban funcionando 247 módulos en todo el país; y, sólo 224 módulos reportaban sus actividades hasta esta fecha, correspondiendo el 93% de la totalidad.

### **Prestación de servicios de salud sexual y reproductiva**

Los datos indican que hasta 1998, se habían otorgado 974,579 servicios a los jóvenes, que incluyen consultas médicas y psicológicas, de primera vez y subsecuentes, quedando fuera de este conteo las acciones denominadas extramuros; que incluyen pláticas, difusión y visitas domiciliarias. El siguiente cuadro, consigna cada uno de los rubros de 1994 a 1998.

Cuadro No. 10. Muestra el total de consultas médicas otorgadas en comparación con las consultas psicológicas, de 1994 a 1997.

| Periodo | Total de consultas otorgadas | total de consultas psicológicas |
|---------|------------------------------|---------------------------------|
| 1994    | 14,943                       | 1,452                           |
| 1995    | 68,284                       | 7,771                           |
| 1996    | 146,196                      | 13,012                          |
| 1997    | 303,668                      | 31,801                          |
| 1998    | 441,487                      | 43,967                          |
| Total   | 974,579                      | 98,003                          |

Fuente: Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (Resultados) (DGSR, 1999b).

### 3.7.7. Acciones de desconcentración de la capacitación

En el área de atención a la salud sexual y reproductiva para adolescentes, las acciones de desconcentración de la capacitación giran alrededor de cuatro estrategias principales, la concertación y participación con el nivel estatal, la elaboración de los manuales de contenidos, la elaboración de los paquetes didácticos y la formación de los capacitadores estatales, a fin de que las entidades lleven a cabo la formación del personal que requieran, con sus propios recursos.

**Concertación y participación conjunta con el nivel estatal.** Se han realizado reuniones en donde se han hecho concertaciones, acuerdos y compromisos recíprocos para concretizar en acciones de desconcentración de la capacitación, como es la elaboración y distribución de materiales didácticos, la formación de un equipo estatal de capacitadores entre otros compromisos asumidos por esta Dirección General con nivel estatal.

**Elaboración de manuales de contenidos.** Hasta la fecha se han elaborado dos manuales de contenidos para el curso básico, el primero de éstos fue una antología compuesta por una recopilación de artículos en salud sexual y reproductiva para adolescentes; mientras que el segundo, es un manual que contiene un total de 19 temas, con un diseño y estructura expresamente elaborado por personal de esta Subdirección de Atención a Adolescentes; obedeciendo a las necesidades y características de la población a capacitarse, así como a los objetivos de capacitación.

**Elaboración de paquete didáctico.** Como ya fue descrito en el capítulo anterior, este paquete contiene, las cartas descriptivas, las técnicas didácticas, los apoyos visuales, así como la propuesta evaluatoria, congruentes y homologadas con el manual. Actualmente se cuenta con un ejemplar corregido y actualizado de estos materiales, con todos los requerimientos técnicos y psicopedagógicos necesarios para llevar a cabo el proceso enseñanza-aprendizaje.

**Formación de capacitadores.** Hasta el momento, se encuentra capacitado un grupo de profesionales en salud, en cada entidad, que funge como de *capacitación*; es preciso aclarar que esta iniciativa está siendo llevada a cabo de manera integral por todas las áreas de esta institución, por lo que se ha colaborado con personal y materiales, desde esta Subdirección, para el logro de este objetivo.

Esto ha transitado por una serie de fases, en las que en primer lugar las entidades han proporcionado los recursos humanos; y el nivel central, la capacitación y los recursos materiales como los contenidos y el paquete didáctico, así como los recursos económicos.

Inicialmente, las entidades tuvieron que seguir un proceso de reclutamiento y selección del personal que habilitarían como master, desde luego contando con el perfil del puesto.

Hasta el momento se han habilitado en todo el país, alrededor de 192 personas que fungirán como capacitadores estatales, con una formación integral en salud reproductiva que integra todos sus componentes.

### **3.8. Discusión**

La mayor parte de los resultados expuestos corresponden al *curso inductivo* de atención a la salud sexual y reproductiva para adolescentes. La estrategia de los cursos regionales llevados a cabo en un primer momento, permitió la incorporación en sólo un año y medio, de la totalidad del país al programa, a través de tres fases de capacitación, durante 1994 y 1995; las 322 personas capacitadas en los 9 cursos regionales, fueron para esta iniciativa, la punta de lanza que permitiría por un lado, sensibilizar tanto al personal operativo de las unidades de salud, como al personal y autoridades estatales sobre la trascendencia del proyecto para la salud juvenil. Por otra parte, difundir el programa al interior de las comunidades aledañas a su centro de trabajo, y ¿Por qué no? al interior de la propia entidad.

Haciendo comparaciones entre los cursos de capacitación inductiva (básica) y la capacitación continua, se aprecia claramente en los resultados, su rápido y masivo aumento de cursos inductivos tanto regionales como estatales de 1994 a 1996, y para 1997, baja sensiblemente; seguramente, como resultado del nuevo esquema de capacitación continua que se pone en marcha en este año, que también adquiere una muy buena proyección, dado que intenta actualizar a todo el personal que recibió la capacitación básica.

En lo correspondiente al *personal capacitado* a través del curso inductivo, en sus dos versiones: regionales y de réplica, el patrón observado es de rápido ascenso, donde 1995 y 1996 corresponden los años de más intensa actividad, sin embargo, en 1997, fue en declive. Haciendo los conteos correspondientes, en 1997, se capacitaron 157 personas a través de los cursos inductivos, más los 174 de actualización, hicieron un total de 331 personas entrenadas; resultando 67 personas menos que en 1996, lo que porcentualmente equivale al 83%.

Los datos anteriores, vistos por su distribución en las diferentes profesiones que componen la plantilla del personal en el programa, ofrece la siguiente panorámica. De los 1416 profesionales capacitados, tanto por el curso inductivo como los de capacitación continua; los médicos son los profesionistas mayormente capacitados con más del 41% de todos los participantes, esta tendencia se ha mantenido durante casi tres años (Romano, 1996); de ahí le siguen las enfermeras con el 27% del total de asistentes; posteriormente, las trabajadoras sociales y psicólogos con porcentajes menores.

El otro rubro importante de las acciones de capacitación lo constituye el seguimiento que se ha dado tanto al programa, como a la propia capacitación. En primer lugar, la permanencia del personal capacitado se puede considerar que es buena, puesto que alcanza un 71% del total; dichos datos son congruentes con evaluaciones previas en este rubro (Romano, 1996), donde se establece que del seguimiento hecho hasta el primer trimestre de 1996, se tenía una permanencia del 70% del personal entrenado en las entidades prioritarias. De la misma manera (DGSR, 1999b; SSA, 1999), reportan resultados semejantes con un 71% de permanencia a nivel nacional.

*Supervisión.* Continuando con las también denominadas visitas de asesoría, se puede mencionar que éstas, han sido escasas dado que están supeditadas a los escasos presupuestos destinados a este rubro, así, hasta este momento sólo se han hecho 16 visitas de supervisión a igual número de módulos en ocho entidades federativas. Por consiguiente, los datos existentes no pueden ser concluyentes a propósito de la funcionalidad y calidad de la atención en los más de 247 consultorios instalados y los más de 1192 personas activas en el programa. Haciendo deducciones, a partir de las visitas de asesoría realizadas, se puede establecer que más del 50% del personal y/o módulos visitados, tenían alguna dificultad operativa o técnica, que requerían de soluciones para el cumplimiento óptimo de sus objetivos.

En cuanto a la evaluación del servicio prestado a los/las adolescentes del país, evaluados a través de la operación de módulos en las unidades de salud, se puede decir que a pesar de que se han instalado 247 consultorios y de éstos se encontraban funcionando 224 (lo cual es un gran avance), falta mucho por cubrir, puesto que las metas y datos del programa (Beltrán, Pérez y Fernández, 1997; SSA, 1999); establecen que la SSA, le tocaría atender a 5'659,475 adolescentes, esto es, el 38.3% de los 14'785,936 existentes en el país. Hasta 1998, con la infraestructura instalada se habían otorgado 974,579 servicios a los jóvenes que incluyen los de primera vez y subsecuentes quedando fuera acciones extramuros: sesiones educativas, actividades de promoción y visitas domiciliarias.

Lo anterior indica, una cobertura aproximada del 17% del total de la meta asignada a esta institución. En otros términos, a un 83% de los jóvenes, no le son atendidas sus necesidades en este campo de su salud.

Las acciones de *capacitación progresiva*, han constituido un esfuerzo más constante para reforzar y actualizar los conocimientos y habilidades del personal

operativo, con la puesta en marcha de tres cursos diferentes, uno dirigido a personal de los centros de salud y dos a personal de hospitales, sin embargo sus resultados se verán a mediano plazo. Estos cursos intentan atender necesidades específicas, que tienen que ver con las demandas del personal operativo y con indicadores del programa, como son: índice de anticoncepción en el postevento obstétrico, prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, orientación-consejería, mortalidad materna o perinatal, entre otros.

*Descentralización de la capacitación.* Según las perspectivas para el año 2000, del Programa de Salud Reproductiva, en el subcomponente de adolescentes (Beltrán y Romano 1996), se puede decir, que a la fecha se han alcanzado sus proyecciones, dado que hoy en día se dispone de los mecanismos y recursos mínimos para continuar y reforzar este proceso; vale recordar las visitas de concertación con los acuerdos para la participación conjunta con el nivel estatal, así como la disposición de los materiales de apoyo didáctico para este fin y desde luego la capacitación de capacitadores estatales.

No obstante, por el avance tecnológico y por la dinámica social muy probablemente dichos recursos necesiten actualizarse y mejorarse en un corto tiempo; los cuales merecen resaltarse como un esfuerzo, con un gran peso psicopedagógico, sin demeritar el que se ha puesto en los otros rubros señalados en este informe.

### 3.9. Conclusiones

En primer lugar habrá que precisar que la labor del psicólogo en el Programa Nacional de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, se centra en una amplia proporción en la capacitación de los recursos humanos operativos; es decir, del personal que atiende a los jóvenes en las unidades de la Secretaría de Salud, que lleva este proyecto en el país. Como parte de su labor, se ha reportado el esfuerzo de un equipo multidisciplinario, que entrenó a alrededor de un millar y medio de profesionales de la salud en todo el país, para que cumplan con los objetivos de esta iniciativa.

Las estrategias y procedimientos de este proyecto institucional de salud pública ofrecen una experiencia técnico-aplicativo, en tres principales rubros: a) *La prevención* de problemas de salud correlacionados con el ejercicio de la sexualidad de los/las adolescentes, que presupone carencia de información y servicios de salud en este campo; b) *Una práctica inter y multidisciplinaria* del equipo de salud responsable de normar, capacitar, asesorar y supervisar estas acciones en las instituciones de salud; y, c) *La desprofesionalización*, que forma parte de la estrategia que permite acceder a un número cada vez mayor de usuarios de este servicio a través de la formación de los recursos humanos responsables de su ejecución; esto hace posible dotarles de los conocimientos, las actitudes, las habilidades y por supuesto los criterios de aplicación de las tecnologías psicológicas, médicas y educativas que faciliten el manejo de los problemas de salud y, lo más importante anticiparse a su ocurrencia.

La intrusión del psicólogo en el área de la salud sexual y reproductiva como coordinador de acciones formativas, está permitiendo por un lado; transformar su visión y manejo biologicista, al incorporarle el componente psicosocial, que tiene gran relevancia en estas acciones; y por otro, mantener y consolidar el espíritu de

coparticipación con el equipo de salud en sus distintas especialidades, *en proyectos interventivos y preventivos*, como el que se reporta. Es importante recordar que en este campo, es difícil encontrar problemas puramente psicológicas o exclusivamente médicos; éstos, están interrelacionados a factores educativos, sociales, culturales, religiosos y económicos; que inciden como sus causantes, sus reforzadores o en su tratamiento. No obstante, la psicología aplicada identifica, evalúa, interviene y modifica aquellos factores viables de cambio desde el ámbito de su competencia, para anticiparse a los problemas de salud de la población, que se ha fijado como meta. Estas estrategias, sólo pueden verse como el resultado de las aportaciones de las diferentes disciplinas que convergen en este campo.

La psicología de la salud, retoma las aportaciones de las otras áreas, para conformar una tecnología; que, por ejemplo, identifique los paradigmas que explican las relaciones entre ciertos estilos de comportamiento y los estados de salud y enfermedad. Con lo que, el rol del psicólogo en el entrenamiento del personal operativo, consiste en traducir o aplicar estos arquetipos a problemas concretos; así, se encarga de determinar: qué se necesita aprender, fija los procedimientos para optimizar la enseñanza y el aprendizaje, cuestiona y propone los procedimientos de cómo manejar lo aprendido en la situación concreta. En otros términos, establece qué conocimientos teóricos, habilidades psicomotrices y actitudes hacia la sexualidad y la adolescencia, se necesitan establecer para desempeñar ventajosamente el puesto y cumplir con la misión.

Una de las grandes aportaciones de programas de este tipo, en el país, es el de contribuir a disminuir el índice de natalidad y participar indirectamente en mejorar las condiciones de vida de la población. De manera que, si no se hubiera implantado en los 70s, los Programas Nacionales de Planificación Familiar, el Educación Sexual o el de Población, entre otros; en este momento, estarían

ocurriendo más de un millón de embarazos anualmente en adolescentes, contra los 366,000 que se están dando. Así, como parte del impacto de estos proyectos, se están evitando alrededor de 650,000 embarazos por año, según las estimaciones del CONAPO (citado en Pérez-Palacios, 2000). Esto no significa de ninguna manera, que el problema esté resuelto; falta mucho por hacer. Un ejemplo de ello, es perfeccionar sus estrategias, técnicas y procedimientos; así como mejorar sus recursos, ampliar la cobertura de los servicios, para que se responda cada vez más a las necesidades de la población juvenil.

La *estrategia de capacitación en cascada* que se llevó acabo, permitió llegar a un número cada vez mayor de usuarios de los productos de este entrenamiento a través de habilitar a un grupo de capacitadores estatales quienes replicaron el curso en el personal de sus jurisdicciones y éstos en el equipo de las unidades circunscritas a su demarcación, lo cual posibilitó la difusión y aplicación de este servicio a todo el país en un intervalo de tiempo relativamente corto, propiciando también una cultura tanto de salud sexual como de autocuidado.

En el ámbito operativo, el psicólogo está desarrollando, una serie de actividades interventivas, preventivas, educativas y de difusión en sus unidades de salud; lo que sin duda genera una serie de aprendizajes, experiencias e investigación en este campo, que anteriormente carecía de atención específica. Por lo que los productos derivados de esta experiencia, sentará bases sin precedentes para programas semejantes. Sin embargo, por los datos disponibles (DGSR, 1999b; DGSR, 1998b), en la capacitación de este profesional, que constituye el 8.2% de los instruidos, es evidente que su contribución en estos proyectos sigue siendo modesta, pues sus consultas sólo llegan al 10% del total otorgado, por lo que es conveniente, reclamar y fortalecer su participación de manera más decidida ante quienes impulsan tales iniciativas. Su justificación salta a la vista. De hecho estas condiciones imperantes; aún, denotan la persistencia de una visión

medicalizada de la salud, donde no hay cabida para el psicólogo. Otra de sus particularidades, es que en los consultorios de salud sexual y reproductiva, no se erige como figura exclusiva para estas acciones, como es el deseo de los propios adolescentes, de contar con un servicio específico, con personal especializado para este fin, donde puedan convivir con otros jóvenes.

Los resultados de la evaluación de impacto de este programa (Pérez-Palacios, Beltrán, García y Garza, 2000), indican que los/las adolescentes que recibieron sus servicios aumentaron sus conocimientos sobre sexualidad y reproducción; consecuentemente, mejoraron la práctica anticonceptiva en sus contactos sexuales. De igual manera, se observa que personas vinculadas a los/las muchachos/as: padres de familia, maestros y grupos organizados, han externado su interés y aceptación hacia estas acciones; esto se debe, principalmente a las siguientes razones: a) que es una política gubernamental que proporciona los insumos necesarios para atender sus necesidades sentidas; b) la estrategia implementada, consistente en un manejo inter o multidisciplinario de los casos, por el personal aplicativo, está asegurando su adecuado manejo; y, c) aunque escaso, se da un seguimiento de las acciones del sistema, que instituye la vigilancia de sus indicadores de calidad.

La prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva a este grupo etareo, está contribuyendo al mejoramiento de sus condiciones de salud en tres grandes áreas: *la física*, a través de disminuir la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA, abortos, embarazos no planeados y disfunciones sexuales, por mencionar los más importantes; en el campo *psicológico*, se están propiciando las condiciones para la toma de decisiones informadas, conscientes y libres, se disminuye la incidencia de miedos e incertidumbre por desinformación, al disminuir los embarazos, disminuye también la cantidad de hijos no deseados que luego se convierten en depositarios de las

frustraciones paternas; la paternidad/maternidad, se erige en una meta humana que merece una planeación reflexionada, se eleva la autoestima; y, el desarrollo adolescente marcha sin los inconvenientes que estos problemas ocasionan; socialmente, se influye en aspectos como el hacinamiento, problemas laborales y económicos, disminuye la deserción escolar por paternidad/maternidad accidental; mejoran las oportunidades de concretizar en los proyectos de vida, se contribuye al rompimiento de "el círculo de la pobreza" que embarga a muchos padres/madres muy jóvenes (Munist y Silver, 1992).

Lo anteriormente expuesto, no pretende establecer que este servicio sea una panacea que resuelva todos los problemas de la población; sin embargo, es innegable su contribución al bienestar de las personas y sus familias.

Paradójicamente, el programa de salud reproductiva pasa por dificultades en el cumplimiento de metas, calidad en el servicio, ampliación de cobertura y otras; consideramos que por lo ambiciosas de las mismas. Sus causales son básicamente humanas, por lo que el consenso interno es que su solución gira alrededor de una capacitación más profunda, continua y variada; que se oriente a resolver tales condiciones. Por lo que el papel del psicólogo en la evaluación específica de estas causas es de gran relevancia por sus conocimientos de la conducta humana. Aún cuando la solución de esta situación corresponde a todo el equipo de salud, este profesional es quien maneja los principios y metodología psicológica que facilitan identificar aquellas habilidades, conocimientos y actitudes necesarias para el mejor desempeño en el puesto.

En el entendido de que esta iniciativa no es la primera en el país, pero si en sus características de cobertura, visión de integralidad, insistencia en la prevención y la capacitación en cascada. Sus bases impiden ahora, imaginar un servicio de este tipo con consultorios médicos o psicológicos trabajando separadamente,

puesto que es imprescindible, en la mayoría de los casos la participación interdisciplinaria; la estrategia preventiva y la desprofesionalización, significan un importante ahorro económico, para el gobierno federal, al disminuir importantes problemas de salud en sus unidades e incorporar a un gran número de usuarios en un periodo de tiempo relativamente corto.

Finalmente, habrá que resaltar las áreas en donde la psicología de la salud concentra sus estudios o funciones, dentro de este programa: identificación de factores de riesgo y protectores para la salud sexual y reproductiva, fomentar las conductas de autocuidado, instigación a proyectos de vida en los/las jóvenes, educación de la sexualidad, implementar tácticas comunicativas como la orientación-consejería, la perspectiva de género y su influencia en la sexualidad del/la adolescente, conductas de sexo protegido, poner en práctica aquellas técnicas instruccionales que permitan reflexionar sobre la importancia de planear la paternidad/maternidad, prevención de daños a la salud. Las aportaciones de la psicología en este campo, es entonces de gran relevancia dado que, permite enfrentar los problemas antes de que ocurran, con lo que, los programas de salud reducen importantemente sus costos. Más vale prevenir que remediar.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. (1991). *La Adolescencia Normal*. México. Paidós.
- Acle, T. G. (1992 ). Perfil Profesional del Psicólogo y Sistema Actual de la Enseñanza de la Psicología en México. En: Urbina, S. J. (Ed.). *El Psicólogo, Formación, Ejercicio Profesional y Prospectiva*. UNAM. México.
- Beltrán, F., Pérez, J. y Fernández, E. (1997). *Ejercicio del Psicólogo en la Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes*. Ponencia presentada en el I Congreso Regional de Psicología para Profesionales en América. (julio 27-2 de agosto, 1997). México.
- Beltrán, F. y Romano, H. (1996). *La Salud Reproductiva de los Adolescentes en la Atención Primaria de la Salud*. Documento Interno. DGSR. (SSA). México.
- Caballero, M. D. y Lahera, G. G. (1998). *El Papel del Psicólogo en las Organizaciones*. Tesis, México. Psicología; Universidad Nacional Autónoma de México, Iztacala.
- Cachon, E. (1990). *La Desprofesionalización del Psicólogo en el Área de Capacitación en las Organizaciones*. Tesis. México. Psicología. UNAM. Iztacala.
- Ceron, O. M. (1997). *El Psicólogo en la Capacitación Laboral y sus Contactos Multidisciplinarios*. Tesis, México. Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Iztacala.
- Cerruti, B. S. (1995). "Sexualidad y Adolescencia: la Sexualidad en el Contexto de la Salud Integral de los Adolescentes". En: Maddaleno, M., Munist, M., Serrano, C.

V., Silber, T. J., Suárez, O. E. y Yunes, J. *La Salud del Adolescente y del Joven*. Publicación Científica No. 552. OPS Y OMS. Washington.

Classen, R. M., Davini, M. C. y Haddad, Q. J. (1993). *Educación Permanente y Trabajo en Salud: un Proceso en Construcción*. Educación Médica y Salud, Washington. OPS y OMS, 1993, 27, (4).

Coleman, E. (1997). "Promoviendo la Salud Sexual: Reto para el Presente y Futuro". Ponencia presentada en el I Congreso Regional de Psicología para Profesionales en América. (27 de julio al 2 de agosto, 1997). México.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). (1988). *Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior, 1988*. CONAPO. México.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). (1998a). *La Situación Demográfica de México, 1998*. CONAPO. México.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). (1998b). *Proyecciones de la Población de México, 1996-2000*. CONAPO. México.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). (1999). *IV Informe de Avances del Programa Nacional de Población 1995-2000*. CONAPO. México. 1998.

Dirección General de Planificación Familiar (DGPF). (1982). *Avances y Perspectivas del Programa de Planificación Familiar*. Planificación Familiar. (DGPF) (SSA). Número Especial. México.

Dirección General de Planificación Familiar (DGPF). (1987). *Encuesta sobre Comportamiento Reproductivo de la Población Adolescente y Joven del Área Metropolitana de la Ciudad de México (ECRAMM)*. DGPF. (SSA). México.

Dirección General de Planificación Familiar (DGPF). (1989). *Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud*. (DGPF). (SSA). México.

Dirección General de Planificación Familiar (DGPF). (1990a). *Desconcentración de la Capacitación*. Documento Interno. (DGPF). (SSA). México.

Dirección General de Planificación Familiar (DGPF). (1990b). "El Adolescente y su Impulso Sexual". En: DGPF. *Manual de Contenidos del Curso de Educación Sexual y Planificación Familiar en la Adolescencia*. (DGPF). (SSA). México.

Dirección General de Planificación Familiar (DGPF). (1992). *La Orientación Sexual y la Planificación Familiar para los Adolescentes; un Reto para el Programa de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud*. Documento Interno. (DGPF). (SSA). México.

Dirección General de Planificación Familiar (DGPF). (1993). *Educación Sexual y Planificación Familiar en la Adolescencia*. (DGPF). (SSA). México.

Dirección General de Planificación Familiar (DGPF). (1994). "Declaración de Monterrey". DGPF (SSA). México.

Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR). (1995a). *Programa de Actividades 1995-2000, en Salud Reproductiva en los Adolescentes*. Documento Interno. DGSR. (SSA). México.

Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR). (1995b). *Programa de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes*. Documento Interno. (DGSR). (SSA) y Fondo de Población de la Naciones Unidas. México.

Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR). (1997). *Programa de Formación Continua para Capacitadores Estatales en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. Documento Interno. (DGSR). (SSA). México.

Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR). (1998a). *Concentrado Mensual de Información (1994-1998)*. Documento Interno. DGSR. (SSA). México.

Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR). (1998b). *Informes del Programa Nacional de Capacitación (1994-1998)*. Subdirección de Atención a Adolescentes. Documento Interno. (DGSR). (SSA). México.

Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR). (1999a). *Carpeta Didáctica para Servicios Especializados de Salud Sexual y Reproductiva para Población Adolescente*. (DGSR). (SSA) y Pathfinder. México.

Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR). (1999b). *Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes: Resultados y Situación Actual*. Documento Interno. (DGSR). (SSA). México.

Farnot, C. U. (1992). "El Enfoque de Riesgo en la Atención Materno-Infantil: la Experiencia de Cuba". López, G., Yunes, J., Solís, J. A. y Omran, A. R. (Ed.). (1992). *Salud Reproductiva en las Américas*. OPS y OMS; Washington.

Fernández, P. G. (1992). "La Función del Psicólogo en las Instituciones de Enseñanza". En: Urbina, S. J. (Ed.). *El Psicólogo: su Formación, Ejercicio Profesional y Prospectiva*. UNAM. México.

Figuroa, P. J. (1991). *Comportamiento Reproductivo y Salud; Reflexiones a partir de la Prestación de Servicio*. Salud Pública de México, México. 1991, 3, (6).

Follari, R. (1982). *Interdiscipliniedad*. Universidad Autónoma Metropolitana, Azcapotzalco. México.

García, Ma. L. (1996). *Funcionamiento y Estructuración del Departamento de Capacitación y Adiestramiento en una Empresa Productora y Embotelladora de Refrescos*. Reporte Profesional. México. Psicología. UNAM. Iztacala.

Gómez, V. M. (1996). *Universidades de Ciencias, Investigación Educativa y Formación de Docentes: Condiciones Académicas para la Constitución Interdisciplinaria del Saber Educativo*. Perfiles educativos. México. 1996, (71).

González, N. J., Monroy, A. y Kupferman, S. E. (1994). *Dinámica de Grupos: Técnicas y Tácticas*. Pax-México. México.

Haffner, D. (1998). Sexual Health for American Adolescent. En: OPS. (1998). *"Adolescencia al día"*. Programa de Salud y Desarrollo. OPS y Found W. K. Kellogs. Washington.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). (1999). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997; Metodología y Tabulados*. INEGI. México.

Jiménez, M. M. (1991). *El Papel de la Psicología en el Proceso de Reproducción Humana y su Prevención: Algo más que Control Natal*. Tesis, Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Katchadourian, H. A. (1984). *La Sexualidad Humana*. Fondo de Cultura Económica. México.

Katchadourian, H. A. y Lunde, T. (1985). *Las Bases de la Sexualidad Humana*. Cecsá. México.

Krausopf, D. (1997). *Adolescencia y Educación*. Universidad Estatal a Distancia. Costa Rica.

Llor, B., Abad, M. A., García, M. y Nieto, J. (1995). *Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud*. Interamericana/Mc Graw-Hill, Madrid.

López, A. (1996). *Juventud y Salud Sexual*. Ponencia Presentada en el Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología. (abril, 1996). Aguascalientes, Ags.

Maddaleno, M., Korin, D. y Silver, T. J. (1992). Equipo Interdisciplinario en la Atención de Salud se los Adolescentes. En: Silver, T. J., Munist, M., Maddaleno, M. y Suárez, O. (edit.). *Manual de medicina de la Adolescencia*, Serie Paltex, OPS y OMS.

Masek, B. J., Epstein, L. H. and Russo, D. C. (1981). Behavioral Perspectives in Preventive Medicine. En: Turner, S. M., Calhoun, K. S. and Adams, H. E. *Handbook of Clinical Behavior Therapy*. New York. John Wiley and Sons. 473-480.

McCary, J. L. y McCary, S. P. (1996). *Sexualidad Humana de McCary*. Manual Moderno. México.

Mager, F. R. (1992). *Objetivos para la Enseñanza Efectiva*. Salesiana. Caracas.

Mares, M. A. (1988). "Aspectos a Considerar en el Trabajo del Psicólogo ante el Problema del Retardo en el Desarrollo". En: Galguera, Y., Hinojosa, R. G. y Galindo, C. E. (Ed.). *El Retardo en el Desarrollo; Teoría y Práctica*. Trillas. (1988). México.

Martínez, L. C. (1989). *La Noción de Interdisciplina en el Programa de Formación Docente del CISE*. Perfiles Educativos, 1989, (43-44). México.

Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R. A. (1987). *La Sexualidad Humana*. Grijalbo, Barcelona.

Michelson, L. (1981). Behavioral Approaches to Prevention. En: Michelson, L., Hersen, M. and Turner, S. *Future Perspectives in Behavior Therapy*. New York. Plenum Press.

Monroy, A. (1990). "Salud y Sexualidad". En: Monroy, A. *Salud, Sexualidad y Adolescencia*. Pax-México, México.

Monroy, A. (1994). *Curso Propédeutico de Sensibilización para el Trabajo con Adolescentes en Redes de Salud*. 1994, 3-10 de marzo. México.

Munist, M. y Silver, T. (1992). El Embarazo entre Adolescentes. En: López, G., Yunes. J., Solís, J. y Omran, A. *Salud Reproductiva en las Américas*. OPS/OMS . Washington.

Murillo, C. P. y Rodríguez, G. R. (1997). *La Función del Psicólogo Dentro del Campo de la Capacitación para Mejorar la Calidad del Trabajo*. Tesis, México, Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Iztacala.

Núñez, L., Morris, L., Monroy A., Bailey, P., Cárdenas, C. y Whatley, A. (1986). "Sexualidad y Anticoncepción en Jóvenes de dos Delegaciones de la Ciudad de México". En: Monroy A., Martínez M. J. (edits.). *I Reunión Internacional Sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes. Memorias*. Centro de Orientación para Adolescentes, A. C. México.

Omran A. R. y Solís, J. A. (1992). "Planificación Familiar y Salud en las Américas". En: López, G., Yunes, J., Solís, J. A. y Omran, A. R. (Ed.). (1992). *Salud Reproductiva en las Américas*. OPS y OMS. Washington.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1975). *Instrucción y Asistencia Técnica en Cuestiones de Sexualidad Humana: Formación de los Recursos Humanos para la Educación Sexual*. Serie Informes Técnicos, 572. OMS. Ginebra, Suiza.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1988). *Fecundidad en la Adolescencia. Causas, Riesgos y Opciones*. OPS; Washington.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *Manual de Medicina del Adolescente*. OPS; Washington.

Out Look. *Planificación Familiar y Salud Reproductiva*. Out Look: Program for Appropriate Technology in Health (PATH). México. 1995, 6, (3).

- Palmade, G. (1979). *Interdisciplinarietà e Ideologia*. Narcea, S. A. Madrid.
- Papalia, D. E. y Olds, S. W. (1990). *Desarrollo Humano*. Mc Graw Hill. México.
- Pérez-Palacios, G., Beltrán, F., García, E. y Garza, J. (2000). *Evaluación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de los/las Adolescentes*. DGSR. SSA. México.
- Pérez-Palacios, G., Garza, J. y Várela, Y. (2000). "La Salud Reproductiva en México al Filo del Siglo XXI. En: *El Cambio de Paradigmas: de la Planificación Familiar... a la Salud Reproductiva*". DGSR. SSA. México.
- Pinto, V. R. (1992, 2a. Ed.). *Proceso de Capacitación*. Diana, México.
- Poder Ejecutivo Federal (PEF). (1995). "Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000". En: Poder Ejecutivo Federal (PEF). *Programa de Reforma del Sector Salud*. Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva. DGSR. México.
- Population Council. (1999). *Mensajes sobre Salud Sexual y Reproductiva*. V. I. Solar, Servicios Editoriales. México.
- Ribes, I. E. (1986a). "El Diseño Curricular en la Enseñanza Superior Desde una Perspectiva Conductual: Historia de un Caso". En: Ribes, I. E., Fernández, G. C., López, F., Rueda, M. y Talento, M. (Ed.). (1986, 2a. Ed.). *Enseñanza, Ejercicio e Investigación de la Psicología: un Modelo Integral*. Trillas. México.
- Ribes, I. E. (1986b). "La Formación de Profesionales e Investigación en Psicología con Base en Objetivos Definidos Conductualmente". En: Ribes, I. E.,

Fernández G. C., López, F., Rueda, M. y Talento, M. (Ed.). (1986, 2a. Ed.). *Enseñanza, Ejercicio e Investigación de la Psicología: un Modelo Integral*. Trillas. México.

Ribes, I. E. (1990). *Psicología y Salud, una Análisis Conceptual*. Martínez Roca. Barcelona.

Ribes, I. E. y Fernández, G. (1986). "Diseño Curricular y Programa de Formación de Profesores". En: Ribes, I. E., Fernández, G. C., López, F., Rueda, M. y Talento, M. (Ed.). (1986, 2a. Ed.). *Enseñanza, Ejercicio e Investigación de la Psicología: un Modelo Integral*. Trillas. México.

Ribes, I. E. y López, F. (1982). La Psicología ¿Una Profesión? En: Ribes, I. E. y López, F. *Conductismo: Reflexiones Críticas*. Fontanella. Barcelona.

Ribes, I. E. y López, F. (1985). La Tecnología de la Conducta: Consideraciones Teóricas Respecto a la Psicología Aplicada, En: Ribes, I. E. y López, F. *Teoría de la Conducta. Un Análisis de Campo y Paramétrico*. Trillas. México.

Rodríguez, O. G. y Palacios, V. J. (1992 ). Algunas Consideraciones sobre la Psicología de la Salud en México. En: Urbina, S. J. (Ed.). *El Psicólogo, Formación, Ejercicio Profesional y Prospectiva*. UNAM. México.

Rojas, S. E. (1995). "Capacitación y Calidad Total (módulo III)", del *Diplomado: Alternativas Psicológicas para la Industria en México*. México. Inédito.

Romano, H. (1996). *Informe del Programa de Atención a la Salud Reproductiva de los Adolescentes en los Estados Prioritarios*. Documento Interno. DGSR. (SSA). México.

Rovere, M. R. (1993). *Gestión de la Educación Permanente: una Relectura Desde una Perspectiva Estratégica*. En: Educación Médica y Salud. OPS Y OMS, 1993, 27, (4).

Rubin, I. y Kirkendall, A. L. (1987). *Preguntas de los Adolescentes, Desarrollo Psicosexual*. Pax-México. México.

Rubio, E. (1996). "Salud Sexual: una Propuesta Ideológica". Ponencia presentada en el Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología. (abril, 1996). Aguascalientes, Ags.

Sánchez-Sosa, J. J. y Fernández-Guzmán, L. (1995). *Perfil Sexológico del Adolescente Escolar de la Ciudad de México*. Archivos Hispanoamericanos de Sexología. México. 1995, 1 (2) 169-200.

Secretaría de Salud (SSA). (1995a). *Manual de Organización y Procedimientos de la Dirección General de Salud Reproductiva*. Documento Interno. SSA. México.

Secretaría de Salud (SSA). (1995b). *Salud Reproductiva: un Marco Conceptual*. Documento Interno. SSA. México.

Secretaría de Salud (SSA). (1996). *Guía de Supervisión y Seguimiento de la Capacitación en la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. Documento Interno. SSA. (DGSR). México.

Secretaría de Salud (SSA). (1999). *La Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, una Estrategia Preventiva*. DGSR (SSA). México.

Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y Consejo Nacional de Población. (CONAPO). (1982). *La Planificación Familiar en México, (Antecedentes, Situación Actual; Perspectivas y Futuro. Planificación Familiar*. (Número especial). SSA. México.

Serrano, C. V. (1994). Estilos de Vida Sana y Factores de Riesgo. En: Monroy, A., Sumano, E. y Tonkin, R. (Ed.). *Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente. (Memorias)*. FELASSA, IAAH, y AMSSA. México.

Siliceo, A. A. (1983). *Capacitación y Desarrollo de Personal*. Limusa. México.

Stern, C. (1995). *La Protección de la Salud Reproductiva de Nuestros Jóvenes Requiere de Políticas Innovadoras y Decididas. Carta Sobre Población*. México. 1995, 1, (3).

Terborgh, A., Monterroso, E. y Velázquez, R. (1990). *Modelo de Capacitación, Supervisión y Control de Calidad en Programas Comunitarios de Planificación Familiar*. Family Health Training Project y Development Associates, inc. Virginia.

Thompson, K. J. (1990). *Interdisciplinary, History, Teory and Practice*. Wayne State University Press. Detroit.

Tolbert, K. y Morris K. (1997). *Critical Issues in Reproductive Health: a Reproductive Health Initiative in México*. Fundation Ford. New York.

Torres, H. R. (1983). *Características del Sistema de Enseñanza Modular en la Carrera de Psicología*. Tesis, México. Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Zaragoza.

Urbina, F. M., Echarri, C. y Benet, C. (1994). *Planificación Familiar y Salud Reproductiva: un Enfoque Integral*. DGPF. Documento Interno. México.

Urbina, S. J. (Ed.). (1992). *El Psicólogo, Formación, Ejercicio Profesional y Prospectiva*. UNAM. México.

Welti, C. (1989). "La Fecundidad de las Adolescentes Mexicanas". Demos. México. 1989.

**ANEXOS**

## Capítulo 2

1. Carátula de la "carpeta didáctica para servicios especializados de salud sexual y reproductiva para población adolescente".

1.1. Contenidos temáticos: Índice temático

1.2. Paquete didáctico:

1.2.1. Carta descriptiva

1.2.2. Apoyo visual: Serie de diapositivas y/o acetatos para el tema "Desarrollo psicosocial en la adolescencia"

1.2.3. Paquete de técnicas didácticas

1.3. Instrumento de evaluación del proceso instruccional

1.4. Formato para el control de participantes

1.5. Formato de evaluación del/los instructor/es y del curso

1.6. Cronograma del curso

2. Formato de Historia Clínica

3. Formato de Informe Mensual

# EN BUEN

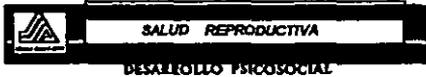
Carpeta Andaluza para servicios Especializados  
de Salud Sexual y Reproductiva para  
Población Adolescente



# ÍNDICE

|  |     |
|--|-----|
| INTRODUCCIÓN.  | 5   |
| PRESENTACIÓN.  | 7   |
| CARTAS DESCRIPTIVAS.   | 11  |
| CONTENIDO TEMATICO:  | 35  |
| Actividades de inicio.   | 37  |
| Servicio especializado en salud sexual y reproductiva para adolescentes    | 45  |
| La salud integral de los adolescentes                                      | 67  |
| Sexualidad humana.   | 89  |
| Desarrollo biopsicosocial del adolescente                                  | 119 |
| Autoestima y asertividad en la adolescencia.                               | 135 |
| El embarazo no planeado en adolescentes                                    | 167 |
| Factores que influyen en el embarazo no planeado en adolescentes.          | 177 |
| Implicaciones psicosociales del embarazo en adolescentes                   | 195 |
| Consecuencias biológicas del embarazo en adolescentes.                     | 209 |
| Infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA.                     | 221 |
| Prevención y control de las adicciones en México                           | 245 |
| Acciones de promoción para la salud sexual y reproductiva del adolescente. | 261 |
| Generalidades y principios de la consejería para adolescentes              | 273 |
| Perfil del consejero para adolescentes                                     | 287 |
| Entrevista en consejería.  | 299 |
| Momentos difíciles en la consejería.                                       | 317 |
| Métodos anticonceptivos  | 329 |
| Manejo integral del formato de historia clínica.                           | 353 |
| ANEXOS:  |     |
| Técnicas didácticas  | 371 |
| Formatos   | 421 |

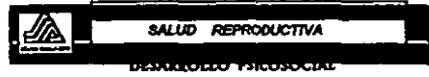
| TEMA : Factores que influyen en el Embarazo no Deseado en Adolescentes   |  | TIEMPO: 60 minutos   |
|--|--|--|
| OBJETIVOS: El participante identificará y describirá los principales factores que predisponen el embarazo no deseado en la adolescencia.   |  |  |
| CONTENIDO  | DESCRIPCIÓN TEMÁTICA   | RECURSOS DIDÁCTICOS Y MATERIAL DE APOYO  |
| <p>1. Introducción.</p> <p>1.1. importancia de identificar las causas del embarazo en la adolescencia</p> <p>2. Qué es el embarazo en la adolescencia</p> <p>2.1. Conducta sexual y reproductiva de los/las adolescentes.</p> <p>3. Principales causas psicosociales que influyen en el embarazo en los/las adolescentes.</p> <p>3.1. Factores personales.</p> <p>3.2. Factores familiares.</p> <p>3.3. Factores socioculturales</p> <p>4. Conclusiones.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se describen los principales factores que predisponen el embarazo no deseado en los/las adolescentes, con fines preventivos.</li> <li>• Se caracterizan los principales elementos relacionados con el embarazo y la conducta sexual, cuantificando estadísticamente dichos aspectos.</li> <li>• Se describe las principales causas que influyen en el embarazo no deseado (baja autoestima, falta de asertividad, ignorancia y desconocimiento de la sexualidad, pobres expectativas de desarrollo, desconocimiento de métodos anticonceptivos e inicio temprano de relaciones sexuales, relaciones sexuales de riesgo.)</li> </ul> <p>Por último se destaca la importancia de la educación, las prácticas sexuales protegidas y el autocuidado en la adolescencia.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyector de diapositivas</li> <li>• Diapositivas</li> <li>• Pantalla</li> <li>• Señalador</li> <li>• Hojas blancas</li> <li>• Hojas rotafolio</li> <li>• Marcadores</li> </ul>   |
|  | <p><b>TÉCNICAS DIDÁCTICAS SUGERIDAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositiva.</li> <li>• Lluvia de ideas</li> <li>• Carta a un/a adolescente</li> <li>• Sociodrama/Dramatización.</li> <li>• Paternidad/maternidad ahora o después</li> <li>• Cornillos</li> </ul> <p><b>ver anexo</b></p>  | <p><b>GUÍA DE APRENDIZAJE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué es importante identificar las causas que se relacionan con el embarazo en adolescentes?</li> <li>• ¿Qué factores son predisponentes en el embarazo en adolescentes?</li> <li>• ¿Por qué es importante la prevención del embarazo en adolescentes?</li> </ul> <p>Describir los principales datos estadísticos del embarazo en adolescentes.</p> |



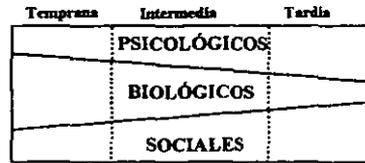
**DEFINICIÓN:**

ES LA ETAPA DE LA VIDA QUE SE UBICA AL FINAL DE LA NIÑEZ Y EL PRINCIPIO DE LA EDAD ADULTA, ABARCA DE LOS 10 A LOS 19 AÑOS DE EDAD.

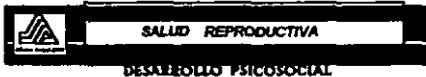
En base para planificación...



**ADOLESCENCIA**



En base para planificación...

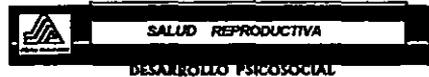


**ADOLESCENCIA**

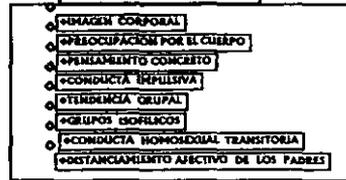
AD = A. HACIA OJOSOS = CRECIMIENTO



En base para planificación...



**ADOLESCENCIA TEMPRANA**



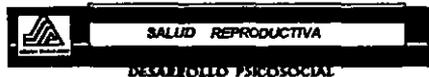
En base para planificación...



**ADOLESCENCIA TEMPRANA**

- ◊ AMBIVALENCIA PERSONAL.
- ◊ EXACERBACIÓN DE LA RELIGIOSIDAD
- ◊ FLUCTUACIONES DE HUMOR Y ESTADO DE ÁNIMO
- ◊ NUEVAS SENSACIONES CORPORALES
- ◊ EGOCENTRISMO ADOLESCENTE
- ◊ NECESIDADES PSICOLÓGICAS
- ◊ MODIFICACIÓN EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES

En base para planificación...



**CONSECUCIÓN DE LA IDENTIDAD**

1. DUELO POR LA PERDIDA DEL CUERPO INFANTIL
2. DUELO POR EL ROL E IDENTIDAD INFANTIL
3. DUELO POR LOS PADRES DE LA INFANCIA

En base para planificación...

 **SALUD REPRODUCTIVA**

**DESARROLLO PSICOSOCIAL  
ADOLESCENCIA INTERMEDIA**

- ◊ BÚSQUEDA DE MAYOR INDEPENDENCIA
- ◊ MANEJO DEL IMPULSO SEXUAL Y CAPACIDAD REPRODUCTIVA
- ◊ CONDUCTA REBELDE
- ◊ "CULTURA ADOLESCENTE"
- ◊ CONDUCTA HETEROSEXUAL
- ◊ INCREMENTO DE FANTASÍAS SEXUALES
- ◊ NUEVAS FIGURAS DE IDENTIDAD

En buen plan  
planificación...

 **SALUD REPRODUCTIVA**

**DESARROLLO PSICOSOCIAL**

**ADOLESCENCIA INTERMEDIA**

- ◊ ACEPTACIÓN DE IMAGEN
- ◊ OSTENTACIÓN CORPORAL
- ◊ PENSAMIENTO IDEALISTA
- ◊ CONSOLIDACIÓN DE FILIACIÓN A GRUPOS
- ◊ BÚSQUEDA DE VALORES PROPIOS
- ◊ MAYOR SEPARACIÓN AFECTIVA DE LOS PADRES
- ◊ SORTEAR LA DOBLE MORAL SEXUAL

En buen plan  
planificación...

 **SALUD REPRODUCTIVA**

**DESARROLLO PSICOSOCIAL**

**ADOLESCENCIA INTERMEDIA**

- ◊ EXPERIENCIA SEXUAL
- ◊ ENAMORAMIENTOS INTENSOS Y FUGACES
- ◊ INFLUENCIA DE LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN
- ◊ BÚSQUEDA DE MAYOR LIBERTAD
- ◊ BÚSQUEDA DE PAREJA
- ◊ AUTOEROTISMO (MASTURBACIÓN)
- ◊ ORIENTACIÓN EN SEXUALIDAD

En buen plan  
planificación...

 **SALUD REPRODUCTIVA**

**DESARROLLO PSICOSOCIAL**

**ADOLESCENCIA TARDÍA**

- ◊ MAYOR INDEPENDENCIA DE LOS PADRES - FAMILIA
- ◊ RELACIONES MAS SIGNIFICATIVAS Y MADURAS
- ◊ RELACIÓN HETEROSEXUAL
- ◊ BÚSQUEDA DE IDENTIDAD SOCIAL
- ◊ CAPACIDAD DE EVALUAR LOS PROPIOS TALENTOS

En buen plan  
planificación...

 **SALUD REPRODUCTIVA**

**DESARROLLO PSICOSOCIAL**

**ADOLESCENCIA TARDÍA**

- ◊ PENSAMIENTO FORMAL
- ◊ ROMPIMIENTO CON LA CULTURA ADOLESCENTE
- ◊ PAREJA SEXUAL MAS ESTABLE
- ◊ MAYOR INDEPENDENCIA EMOCIONAL
- ◊ PLANEACIÓN DEL FUTURO

En buen plan  
planificación...

 **SALUD REPRODUCTIVA**

**DESARROLLO PSICOSOCIAL**

**ADOLESCENCIA TARDÍA**

- ◊ INTEGRACIÓN A ROLES FORMALES
- ◊ ELECCIÓN DE LA VOCACIÓN
- ◊ REESTRUCTURACIÓN JERÁRQUICA DE VALORES
- ◊ MAYOR TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN
- ◊ CONSOLIDACIÓN DE LA IDENTIDAD
- ◊ AUTOAFIRMACIÓN Y SEGURIDAD

En buen plan  
planificación...



## SALUD REPRODUCTIVA

### DESARROLLO PSICOSOCIAL

#### ADOLESCENCIA TARDÍA

- ◆ MAYOR CAPACIDAD DE NEGOCIACIÓN
- ◆ ACEPTACIÓN DEL CUERPO, IMAGEN, PERSONA
- ◆ ALCANZA EL CRECIMIENTO FÍSICO
- ◆ ADQUISICIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES
- ◆ PENSAMIENTO MÁS REALISTA

En salud para  
personas...



## SALUD REPRODUCTIVA

### DESARROLLO PSICOSOCIAL

#### ADOLESCENCIA TARDÍA

- ◆ MAYOR CAPACIDAD DE NEGOCIACIÓN
- ◆ ACEPTACIÓN DEL CUERPO, IMAGEN, PERSONA
- ◆ ALCANZA EL CRECIMIENTO FÍSICO
- ◆ ADQUISICIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES
- ◆ PENSAMIENTO MAS REALISTA

En salud para  
personas...



## SALUD REPRODUCTIVA

### DESARROLLO PSICOSOCIAL

#### RESOLUCIÓN DE LA ADOLESCENCIA

- ◆ LA SEPARACIÓN Y LA INDEPENDENCIA DE LOS PADRES
- ◆ EL ESTABLECIMIENTO DE LA IDENTIDAD SEXUAL
- ◆ LA ACEPTACIÓN DEL TRABAJO
- ◆ ELABORACIÓN DE SISTEMA DE VALORES PERSONALES
- ◆ CAPACIDAD PARA INTIMAR Y NEGOCIAR
- ◆ RETORNO A LOS PADRES EN UNA NUEVA RELACIÓN FUNDADA EN UNA RELATIVA IGUALDAD.

En salud para  
personas...



## SALUD REPRODUCTIVA

### DESARROLLO PSICOSOCIAL

#### ADOLESCENCIA

##### DUELOS DE LOS PADRES:

- ◆ DUELO POR EL CUERPO DEL HIJO - PEQUEÑO - NIÑO
- ◆ DUELO POR SU IDENTIDAD DE NIÑO
- ◆ DUELO POR SU DEPENDENCIA INFANTIL.

En salud para  
personas...



## SALUD REPRODUCTIVA

### DESARROLLO PSICOSOCIAL

#### ADOLESCENCIA

##### VIVENCIA DE LOS PADRES CON HIJOS(AS) ADOLESCENTES

- ◆ CRISIS PERSONAL Y/O DE PAREJA
- ◆ CUESTIONAMIENTO DE LA JUVENTUD
- ◆ REPLANTEAMIENTO DE METAS
- ◆ SENTIMIENTOS AMBIVALENTES
- ◆ INCOMUNICACIÓN Y/O AUTORITARISMO

En salud para  
personas...

# TÉCNICAS DIDÁCTICAS

## INTRODUCCIÓN

Las técnicas didácticas son los recursos, las herramientas, que utiliza el docente en una acción educativa, para facilitar y mejorar el proceso informativo y de enseñanza-aprendizaje.

Éstos medios se presentan en forma sistematizadas para orientar y desarrollar la actividad de grupo, sobre las base de los conocimientos suministrados por la teoría de la dinámica de grupos, dentro de la Psicología Educativa o la Pedagogía.

Su empleo, es para promover y motivar el aprendizaje, la participación y la integración entre el facilitador y los integrantes del grupo; por otra parte, son acciones concretas que ayudan al cumplimiento de los objetivos educativos. Habrá que reconsiderar que por sí mismas, no bastan para lograr tales propósitos, son solo medios, que pueden ser empleados congruentemente con las condiciones específicas de aplicación, con el proceso grupal, con los contenidos de la materia, con la disposición del grupo y con la habilidad del docente.

Existe una gran variedad de técnicas de capacitación que se pueden emplear para hacer que los asistentes se interesen más en el aprendizaje, regularmente una técnica es empleada junto con otra/s que permiten optimizar los resultados.

Las que se proponen a continuación, han probado su efectividad en una gran cantidad de cursos con personal multidisciplinario y con grupos de jóvenes, alcanzando sus propósitos, y han facilitado enormemente el proceso enseñanza-aprendizaje.

La justificación de utilizar estos recursos, es que tanto la práctica como la teoría de aprendizaje de adultos han demostrado que se aprende más y mejor cuando, además de oír algo, se hace algo y se involucra al participante en el aprendizaje. Por otra parte, permiten al docente observar aspectos de gran trascendencia en los capacitandos, como sus actitudes, sus conductas, y sus habilidades en el manejo de la sexualidad.

## Consideraciones para la implementación de técnicas didácticas

Es necesario que el facilitador tenga presente las siguientes **consideraciones para la implementación** de estos recursos en una actividad de capacitación:

1.- La técnica tiene que ser seleccionada de acuerdo a los objetivos que se persiguen, a las características del grupo, al espacio en el que se esté trabajando y a los materiales disponibles.

2.- Que la técnica elegida favorezca la asimilación de los contenidos temáticos.

3.- Que el facilitador conozca del grupo: sus potencialidades a desarrollar, su proceso, nivel educativo, problemas generales, apertura, cooperación, número de asistentes, liderazgo, etc.

4.- Que el docente controle al grupo conservando su homogeneidad, su disposición y motivación a la actividad.

5.- Que en la dinámica el participante pueda conocer vivencialmente los contenidos y se relacione con los demás integrantes y que al final se sienta satisfecho/a por el resultado de su desempeño.

6.- El facilitador tiene que dar las instrucciones precisas y explícitas para que el capacitando sepa qué hacer durante la dinámica.

7.- Retroalimentar la participación, que los asistentes puedan externar sus sensaciones y vivencias y recibir información sobre los "productos" de su participación.

8.- No abusar de la técnica, esto es, evitar emplearla frecuentemente durante el desarrollo de la capacitación.

9.- En la medida de lo posible, ceder la participación concluyente a los participantes.

10.- Explicar la importancia de la técnica y cerrar la sesión.

### **PROPUESTA DE TÉCNICAS DIDÁCTICAS.**

La presente propuesta, no excluye de ninguna manera otras formas o técnicas que, también pueden emplearse para alcanzar los objetivos de aprendizaje, de los diferentes temas que componen este curso.

Es importante resaltar que la técnica sea cuidadosamente elegida y se sugiere al facilitador conozca todo el proceso y resultados de la misma antes de implementarse.

## **Técnica: Se busca: Un trabajo como madre/padre**

**Objetivo:** Ayudar a los adolescentes a conocer bien las tareas y responsabilidades de la paternidad y maternidad, que reflexionen sobre ello y que las vean como un "trabajo" serio.

**Duración:** De 50 a 60 minutos.

**Materiales:** Papel periódico y marcadores, anuncios clasificados de empleo, espacio adecuado para representación de roles.

### **Nota importante:**

Esta actividad puede resultar difícil para aquellos/as jóvenes que no manejen el concepto de "anuncios clasificados laborales" y entrevistas de trabajo. Tal vez usted quiera explicar o dramatizar una entrevista de trabajo y leer una muestra de los anuncios clasificados del periódico. Cerciérese de que los participantes entiendan claramente que usted no está buscando una niñera sino que está escribiendo un anuncio, ficticio e irreal, para emplear a alguien en el puesto de padre o madre.

### **Procedimiento:**

- 1.- Introduzca la actividad con los siguientes comentarios y preguntas al grupo: "Supongan que ustedes son unos patrones que quieren contratar a alguien para el trabajo de ser madre o padre. Tienen que escribir un anuncio para el puesto. ¿Qué requisitos deberá llenar el candidato al trabajo? recuerden que la paternidad es un trabajo importante porque los padres son edificadores, no estacionamientos o programas computacionales. Existen ciertas cualidades y habilidades que cada madre y padre necesita".
- 2.- Pida al grupo que disponga de cinco minutos para hacer una lluvia de ideas sobre los requisitos para ser padre o la madre ideal de un bebé o un niño pequeño: Asegúrese de que consideren tanto a las madres como a los padres cuando sugieran sus ideas; recuérdelos que la lluvia de ideas no significa discusión o juicio, sólo exponer las ideas. Todas las sugerencias e ideas deben ser escritas a medida que se mencionan.
- 3.- Cuando haya terminado la lluvia de ideas, divida al grupo en tres subgrupos y dé a cada uno una hoja de papel y un marcador.
- 4.- explíqueles que la tarea para cada grupo es escribir un "anuncio" para el padre o la madre de un niño menor de cuatro años de edad. Cuando escriban, cada grupo deberá incluir lo siguiente:
  - El número de horas al día que la persona deberá trabajar con el niño.
  - Las cualidades/habilidades necesarias
  - El equipo o maquinaria que deberá saber usar.
  - La experiencia o recursos que necesitará

- Los beneficios que traerá este trabajo; salario, vacaciones, horas extras y otros.
- 5.- Conceda 10 minutos para que los grupos pequeños escriban sus "anuncios"
  - 6.- Revise los tres anuncios en plenaria y escriban un anuncio final, que incorpore todas las cualidades necesarias:
  - 7.- Luego pida a cuatro voluntarios hagan una representación de una entrevista de trabajo para el puesto de "padre o madre", tres voluntarios jugarán el rol de un "panel de entrevista" y uno representará el papel de "adolescente que solicita el trabajo".
  - 8.- pida al "solicitante" que saiga del salón mientras usted y el grupo preparan el panel, la meta es que el panel sea muy firme en cuanto a los requisitos necesarios para ser padres.
  - 9.- Dé a los voluntarios del panel 10 minutos para prepararse para el panel, utilizando las siguientes instrucciones: "Sea cortés y amable con el solicitante y sea firme en sus preguntas". Cubra los siguientes puntos:
    - Explique el trabajo al solicitante, usando el "anuncio" como guía
    - Pregunte por las capacidades del solicitante (incluyendo experiencia, recursos financieros, lugar donde habita, tiempo disponible, etc.)
    - Discuta los beneficios reales del trabajo (por ejemplo: ayuda de otros, salario, pago de tiempo extra, vacaciones, etc.)
    - Pregunte al solicitante por qué quiere el trabajo en esta época de su vida.
    - Pregunte acerca de sus debilidades y cualidades como padre.
  - 10.- Mientras el panel sale del salón para prepararse, pida al solicitante que regrese.
  - 11.- Dígale al grupo que ayude al "solicitante" a prepararse para la entrevista. Tome un par de minutos para una lluvia de ideas sobre lo que el solicitante necesita hacer o decir, incluyendo los siguientes puntos.
    - Muéstrate entusiasta con el trabajo, pero sé honesto al responder las preguntas.
    - Sé amable y bien educado
    - Discute la manera de vestir y el comportamiento durante una entrevista
  - 12.- Acomode las sillas en forma apropiada para que los "entrevistadores" estén frente al "solicitante".
  - 13.- Conceda 10 minutos para la representación.
  - 14.- Cuando el panel haya terminado de formular preguntas al solicitante, alguien del grupo quizás tenga algunas preguntas que hacer.
  - 15.- Después de que todas las preguntas hayan sido contestadas, el panel debe decidir si el solicitante está capacitado o no para el trabajo.
  - 16.- Haga que el grupo reaccione ala decisión del panel. ¿Están de acuerdo o en desacuerdo? ¿Por qué? ¿Qué necesita el solicitante saber o hacer antes de ser un buen padre?
  - 17.- Comenten los puntos de discusión.

### ***Puntos de discusión:***

Las probabilidades para la discusión de la paternidad, sus responsabilidades y sus recompensas son infinitas. A continuación se presentan algunas sugerencias para ayudarlo a empezar, pero su propia experiencia con los jóvenes y con la realidad de la paternidad (la suya, la de sus padres y la de sus amigos), también le servirán como guía.

- 1.- ¿Cómo se puede aprender más acerca del trabajo de ser madre o padre?
- 2.- ¿Existen otros aspectos en el "trabajo" de la paternidad que quieras considerar?
- 3.- Basado en esta actividad, ¿Cuántas personas que son padres están realmente capacitadas para este trabajo?
- 4.- ¿Te pueden despedir de tu posición como padre? ¿Cómo? ¿Por qué razones?
- 5.- ¿Cuáles son algunos de los "bonos" o "premios al mérito" que los padres pueden esperar?
- 6.- ¿Qué ascensos puedes esperar? ¿Cómo cambia el trabajo a medida que los hijos crecen? ¿La experiencia que logras trabajando como padre te ayudará a obtener otro trabajo?

### ***Actividades opcionales***

- 1.- Lleve a cabo la representación de papeles con una pareja solicitando el trabajo de "padres".
- 2.- Repita la representación con un adulto, como el "solicitante del trabajo", para mostrar y discutir la diferencia entre ser padre o madre adolescente y un padre o madre adulto/a.



SECRETARÍA DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE CONTROL  
Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA  
SUBDIRECCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA  
ADOLESCENCIA



**Evaluación del curso de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes**

El propósito de esta prueba es conocer el nivel de conocimientos que usted posee con relación al curso de salud reproductiva en adolescentes. Por este motivo, le pedimos que lea cuidadosamente las instrucciones que a continuación se *enumeran*:

**INSTRUCCIONES GENERALES**

- 1) Anote los datos generales que se le solicitan en la parte superior de la hoja de respuestas
- 2) Antes de responder lea la pregunta y las cuatro opciones que la acompañan.
- 3) Seleccione la respuesta que considere correcta y táchela en la hoja de respuestas (cuide que la respuesta elegida corresponda con el número de pregunta).
- 4) Solo hay una respuesta correcta por cada reactivo. No tache más de una opción.
- 5) Por favor no haga anotaciones en la prueba.
- 6) Entregue la prueba y hoja de respuestas al finalizar el tiempo establecido para su aplicación.

GRACIAS

**PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA  
SALUD REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES**

- 1) **El Programa de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes tiene como objetivo general:**
  - a) Modificar las actitudes de los adolescentes para que asuman su sexualidad.
  - b) Educar e informar al adolescente acerca de su sexualidad.
  - c) Contribuir a la salud reproductiva de la población adolescente.
  - d) Prevenir el embarazo en adolescentes.
  
- 2) **Señale dos estrategias del programa para brindar atención a los adolescentes:**
  - a) Capacitación y esparcimiento
  - b) Deportes y eventos específicos para el adolescente.
  - c) Educación en salud reproductiva y atención médica en prevención primaria.
  - d) Promoción y prestación del servicios.
  
- 3) **La estrategia de atención médica comprende dos tipos de actividades básicas, que son:**
  - a) Promoción y difusión de los servicios al adolescente
  - b) Control prenatal y referencia oportuna.
  - c) Vigilancia y atención del parto en la adolescencia.
  - d) Prevención y atención del embarazo en adolescentes.
  
- 4) **Para promover la salud integral del adolescente, es necesario enfatizar los mecanismos que promuevan:**
  - a) Su autocuidado.
  - b) Ayuda mutua dentro del grupo social.
  - c) La promoción de los estilos de vida saludables.
  - d) Todas las anteriores.

- 5) La cadena de prevención es muy importante, pues permite entender que:
- a) Previene ciertos factores, es posible mejorar la salud en etapas posteriores de la vida.
  - b) Un nivel educacional satisfactorio evita y controla riesgos para la salud.
  - c) Se deben emplear los recursos de la comunidad para trabajos en el área de Promoción de la Salud.
  - d) La participación social es esencial para crearse redes de apoyo.
- 6) Señale dos factores protectores que evitan o controlan riesgos:
- a) Investigación diagnóstica y epidemiológica
  - b) Programas de enseñanza y capacitación
  - c) Empleo y acceso a servicios de salud
  - d) Estilos de vida saludable y conductas de autocuidado
- 7) Se pueden presentar los siguientes efectos colaterales con los hormonales inyectables combinados, excepto:
- a) Irregularidades menstruales
  - b) Dolor pélvico durante el periodo menstrual
  - c) Dolor de cabeza y náusea
  - d) Aumento del peso corporal
- 8) Las siguientes prácticas se recomiendan en la selección de métodos anticonceptivos en la adolescencia, excepto:
- a) Identificación de necesidades familiares
  - b) Un buen interrogatorio
  - c) Adecuada exploración física
  - d) Orientación-Asesoría
- 9) De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar, ¿cuál de los siguientes métodos está contraindicado en la adolescencia ?
- a) Dispositivo intrauterino
  - b) Hormonales inyectables
  - c) Implante subdérmico
  - d) Ninguno de los anteriores

- 10) ¿Cual de los siguientes métodos anticonceptivos, es el único que protege contra alguna enfermedades de transmisión sexual ?
- a) Hormonales orales combinados
  - b) Vasectomía
  - c) Coito interruptus
  - d) Condón más óvulos vaginales
- 11) Las posibles complicaciones médicas que se han observado en la adolescente embarazada son las siguientes, excepto:
- a) Toxemia gravídica
  - b) Prematurez
  - c) Interrupción brusca del crecimiento de la adolescente
  - d) Síndrome de bajo peso en el recién nacido
- 12) Dentro de las medidas preventivas del embarazo en la adolescencia, se pueden mencionar :
- a) Uso de métodos anticonceptivos
  - b) Educación sexual
  - c) Orientación-Consejería
  - d) Todas las anteriores
- 13) De las siguientes Enfermedades de transmisión Sexual, cuál es la más frecuente:
- a) SIDA
  - b) Infección por papiloma virus
  - c) Vulvo vaginitis tricomoníasis
  - d) Enfermedades gonocócicas

- 14) Son algunas de las complicaciones y secuelas más frecuentes de las Enfermedades de Transmisión Sexual, excepto:
- a) Enfermedad inflamatoria pélvica
  - b) Alteraciones del sangrado menstrual
  - c) Cáncer cérvico-uterino
  - d) Esterilidad
- 15) En la necesidad de exploración ginecológica de las adolescentes para diagnóstico de Enfermedades de Transmisión Sexual sólo una de las siguientes opciones es válida:
- a) Se puede prescindir de ella
  - b) Se puede dar tratamiento sin necesidad de la exploración física
  - c) No hay necesidad de explicar a la adolescente de su importancia
  - d) Se puede diferir para una mejor ocasión si así lo desea la adolescente
- 16) La definición de adolescencia, es:
- a) La etapa ubicada entre el final de la infancia y el inicio de la edad adulta
  - b) El estadio en el que se adquiere el crecimiento físico adulto
  - c) El período en el que se alcanza la madurez social
  - d) El período en el que se alcanza la madurez sexual
- 17) Son manifestaciones evidentes de inicio de la adolescencia:
- a) Cultura adolescente y ostentación corporal
  - b) Aceptación de imagen y pensamiento realista
  - c) Conducta heterosexual y autoerotismo
  - d) Transformación de imagen corporal y conformación de grupos isofílicos

- 18) La última fase de la adolescencia se caracteriza:
- a) Inicio de conducta heterosexual, búsqueda de modelos externos, inicio de capacidad reproductiva
  - b) Elección de la vocación, aceptación de imagen, consolidación de la identidad
  - c) Conducta rebelde, conducta homosexual transitoria, egocentrismo adolescente
  - d) Crisis en la identidad, egocentrismo adolescente, pensamiento idealista.
- 19) El embarazo en adolescentes es aquél que ocurre:
- a) Entre de los 10 y los 15 años.
  - b) Entre los 10 y los 19 años.
  - c) Entre los 20 y los 25 años.
  - d) Entre los 15 y los 19 años.
- 20) Los principales factores causales de orden personal de embarazo en la adolescencia, son:
- a) Ser hija de madre soltera y conflictos familiares.
  - b) Falta de apoyo económico y educativo
  - c) Presión del grupo social y religiosidad
  - d) No asertividad y Baja autoestima.
- 21) Los factores familiares que se relacionan directamente con embarazo en la adolescencia, son:
- a) Sucesión de padrastros, desafecto y ausencia de uno o ambos padres
  - b) Influencia de los medios masivos de comunicación
  - c) Búsqueda de identidad sexual y desinformación en sexualidad
  - d) Violación, costumbres y tradiciones
- 22) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es una consecuencia social del embarazo en los adolescentes:
- a) Embarazos repetidos y deserción escolar
  - b) Confusión de roles familiares
  - c) Estado de crisis y tensión
  - d) Devaluación de imagen y frustración

23) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es una consecuencia psicológica del embarazo en los adolescentes :

- a) Problemas de hacinamiento
- b) Niños con bajo peso
- c) Toxemia en el embarazo
- d) Expectativas frustradas

24) La autoestima indica:

- a) Qué tanto una persona se acepta o se encuentra a gusto consigo mismo
- b) Qué tan cooperativa es la persona en sus relaciones laborales
- c) Qué tanto una persona se deprime al ejercer su sexualidad
- d) Qué tanto una persona tiene relaciones sexuales protegidas

25) Para ayudar al adolescente a mejorar su autoestima, hay que:

- a) Pedirle que reduzca la frecuencia de su conducta rebelde, aún cuando esta sea expresión de su necesidad de autonomía.
- b) Favorecer su autoconocimiento al ayudarlo con la toma de decisiones.
- c) Sugerirles que obedezcan sin cuestionar las ordenes de los adultos.
- d) Impedirles toda manifestación verbal o conductual muy propia de su edad.

26) La conducta asertiva es aquella que:

- a) Tiene como propósito alcanzar un fin común, en una situación grupal.
- b) Afirma y ratifica las opiniones propias en situaciones interpersonales de manera no agresiva.
- c) Desarrolla la percepción individual que le permite identificarse con el modelo del mismo sexo.
- d) Percepción personal y privada de pertenecer a un determinado sexo.

- 27) ¿Cuál es el tiempo que se le debe proporcionar una orientación-consejería? :
- a) Menos de 8 min.
  - b) 15-20 min.
  - c) 3-30 min.
  - d) Más de 30 min.
- 28) Son tres de los principios básicos de la orientación-consejería:
- a) Confidencialidad, privacidad y veracidad
  - b) Rapidez, automatización y privacidad
  - c) Veracidad, rapidez y respeto
  - d) Motivación, automatización y rapidez.
- 29) ¿Cuál es el objetivo de la orientación-consejería? :
- a) Aceptar la individualidad de las personas
  - b) Orientar hacia la selección de un anticonceptivo temporal a quienes decidan elegir un método anticonceptivo permanente.
  - c) Mantener una actitud imparcial y sin juzgar
  - d) Asegurar que la decisión sea voluntaria e informada
- 30) En la consejería breve se debe:
- a) Desarrollar de inmediato una comunicación que permita estimular la confianza y admiración mutua.
  - b) Atender rápidamente al adolescente para facilitarle la mayor información sobre los métodos anticonceptivos.
  - c) Desarrollar cierto nivel de rapport.
  - d) Identificar un problema de inmediato observando los sentimientos y las circunstancias, dando alternativas reales.

- 31) Ser empático significa:
- a) Entender adecuadamente los sentimientos del otro.
  - b) Utilizar ejemplos personales y de otros, para entender al adolescente
  - c) Sentir igual en circunstancias similares
  - d) Darle al adolescente el control de la sesión
- 32) ¿Qué características o cualidades debe reunir el consejero? :
- a) Cálido, empático, automatizado.
  - b) Interés, deseo de ayuda, mezcla de sentimientos.
  - c) Autenticidad, capacidad de comunicación y discreción.
  - d) Participador, automatizado y adecuado manejo teórico sobre temas de sexualidad.
- 33) ¿Qué beneficios proporciona que el consejero tenga una alta autoestima? :
- a) Cumplir las metas de la institución con reconocimiento y autorrealización del desarrollo laboral.
  - b) Lograr incentivos y reconocimientos a través del número de consultas brindadas
  - c) Evita experimentar conflictos interpersonales en el trabajo y obtener la admiración de éstos.
  - d) Establecer el manejo de autocontrol para el manejo de prejuicios.
- 34) ¿Cuáles son las estrategias que facilitan la realización de la entrevista? :
- a) Solicitarle al usuario su cooperación para llegar a un acuerdo al final de la sesión.
  - b) Escuchar activamente y formular preguntas significativas.
  - c) Formular preguntas y dar soluciones.
  - d) Dar consejos y proveer información.
- 35) Señale alternativas enfocadas a la resolución de los problemas del adolescente:
- a) Creación de mejores programas de orientación y educación para la salud del joven.
  - b) Mejor y mayor atención a las inquietudes juveniles.
  - c) Creación de programas reales que fomenten la comunicación del adolescente en la familia y la escuela.
  - d) Todas las anteriores

- 36) La primera causa de muerte de los adolescentes es:
- a) Homicidios
  - b) Accidentes
  - c) Enfermedades de transmisión sexual
  - d) Suicidios
- 37) ¿Qué persiguen las actividades de comunicación en salud pública? :
- a) Ofrecer los servicios de salud a la población.
  - b) Facilitar el cambio de actitud y prácticas de salud de la población.
  - c) Tener presencia en los medios de comunicación.
  - d) Informar sobre las acciones realizadas en la institución.
- 38) ¿A partir de qué se elabora una estrategia de comunicación? :
- a) Del servicio que se ofrece.
  - b) Del número de atenciones que se deben de cumplir.
  - c) De las necesidades de información de la audiencia.
  - d) De los medios de comunicación con que se cuenta.
- 39) ¿Qué significa el término "campanas de resonancia comunicativa"? :
- a) Que se escuche el mensaje muchas veces en un medio de comunicación.
  - b) Estimular a la audiencia en forma simultánea en distintos espacios comunicativos.
  - c) Repetir el mismo mensaje durante mucho tiempo.
  - d) Producir muchos mensajes de comunicación.
- 40) ¿Qué se logra mediante un "sondeo de audiencias"? :
- a) Informar a la audiencia de los servicios que ofrece la institución.
  - b) Desarrollar acciones de promoción.
  - c) Organizar campañas de salud.
  - d) Identificar necesidades básicas de información de la audiencia.

SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA

SUBDIRECCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

**Evaluación del curso de Atención a la Salud Reproductiva en Adolescentes**

HOJA DE RESPUESTAS

DATOS GENERALES

Nombre \_\_\_\_\_ Edo de procedencia \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

|    |                            |                            |                            |                            |              |                            |                            |                            |                            |    |                            |                            |                            |                            |
|----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 14           | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 27 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 2  | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 15           | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 28 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 3  | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 16           | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 29 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 4  | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 17           | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 30 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 5  | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 18           | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 31 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 6  | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 19           | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 32 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 7  | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 20           | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 33 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 8  | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 21           | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 34 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 9  | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 22           | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 35 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 10 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 23           | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 36 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 11 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 24           | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 37 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 12 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 25           | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 38 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 13 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 26           | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | 39 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
|    | <b>EVALUACIÓN</b>          | _____                      |                            |                            | <b>TOTAL</b> | _____                      |                            |                            |                            | 40 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |





México Salud-2000  
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE  
SALUD REPRODUCTIVA

SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN  
A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA  
PARA ADOLESCENTES

## EVALUACIÓN DEL INSTRUCTOR/CURSO

Nombre del curso: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

EL CUESTIONARIO TIENE COMO FUNCIÓN CONOCER SU OPINIÓN ACERCA DEL DESARROLLO DEL CURSO. PARA ELLO, LE SOLICITAMOS QUE ANOTE EL NOMBRE DE EL/LOS INSTRUCTOR(ES) EN EL/LOS REGLÓN(ES) DE LA DERECHA Y ANOTE EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE LA EVALUACIÓN QUE CONSIDERE ADECUADA A CADA FACTOR, SEGÚN LA ESCALA DE LA PARTE INFERIOR. \*  
GRACIAS

### INSTRUCTOR(ES)

### ASPECTOS DE EVALUACIÓN DEL INSTRUCTOR

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1.- LA FORMA Y CLARIDAD CON LA QUE EXPUSO LOS OBJETIVOS FUE:        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.- EL CONOCIMIENTO MOSTRADO RESPECTO DE EL/LOS TEMA(S) IMPARTIDOS  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.- LA CLARIDAD EN LA EXPOSICIÓN DE EL/LOS TEMA(S) FUE:             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.- LA MANERA DE RESPONDER A LAS PREGUNTAS FORMULADAS FUE:          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.- EL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO ASIGNADO PARA LA EXPOSICIÓN FUE:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.- LOGRO MANTENER EL INTERÉS EN LA TEMÁTICA DE MANERA:             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.- LA MANERA DE GUIAR AL GRUPO DURANTE EL/LOS TEMA(S) FUE:         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.- LA FORMA DE REGULAR LAS INTERVENCIONES DE LOS PARTICIPANTES FUE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.- EL MATERIAL Y/O TÉCNICAS DE APRENDIZAJE FUERON:                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10.-PROPICIO UN CLIMA DE COLABORACIÓN DE FORMA:                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <i>Evaluación del instructor:</i>                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### ASPECTOS DE EVALUACIÓN DEL CURSO

|   | VALORES         |                 |            |                 |
|---|-----------------|-----------------|------------|-----------------|
|   | Inadecuado<br>4 | Suficiente<br>6 | Buena<br>8 | Muy buena<br>10 |
| 1.- SUS EXPECTATIVAS DEL CURSO SE VIERON CUBIERTAS DE MANERA:                 |                 |                 |            |                 |
| 2.- LOS OBJETIVOS DEL CURSO SE ALCANZARON DE MANERA.                          |                 |                 |            |                 |
| 3.- LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS SE EFECTUARON CONFORME EL PROGRAMA DE MANERA. |                 |                 |            |                 |
| 4.- EL MATERIAL DIDÁCTICO APOYO EL CURSO DE MANERA.                           |                 |                 |            |                 |
| 5.- LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS APOYAN SU TRABAJO DE MANERA.                 |                 |                 |            |                 |
| <i>Evaluación del curso:</i>  |                 |                 |            |                 |

FAVOR DE ANOTAR SUS  
COMENTARIOS AL REVERSO

**O B J E T I V O GENERAL DEL CURSO**

CAPACITAR AL PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO QUE PROPORCIONARÁ SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES, EN LAS UNIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO DE HIDALGO; EN ASPECTOS TEÓRICOS, METODOLÓGICOS Y DE ORIENTACIÓN-CONSEJERIA.

COORDINACIÓN POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA  
PSIC. JUAN PÉREZ SÁNCHEZ

COORDINACIÓN POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE HIDALGO  
DRA. ANA MA. G. ALMARAZ CORICHI

**SECRETARÍA DE SALUD**

DR. JUAN RAMÓN DE LA FUENTE RAMÍREZ  
SECRETARIO

DR. JOSÉ NARRO ROBLES  
SUBSECRETARIO DE COORDINACIÓN  
SECTORIAL

DR. ROBERTO TAPIA CONYER  
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y  
CONTROL DE ENFERMEDADES

DR. JOSÉ CAMPILLO GARCÍA  
SUBSECRETARIO DE REGULACIÓN Y  
FOMENTO SANITARIO

LIC. JORGE TAMAYO  
OFICIAL MAYOR

DR. GREGORIO PÉREZ-PALACIOS  
DIRECTOR GENERAL DE SALUD  
REPRODUCTIVA

DR LEOPOLDO OLIVER VEGA  
DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE  
SALUD EN EL ESTADO DE HIDALGO



**SECRETARÍA DE SALUD**

**SUBSECRETARÍA DE  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE  
ENFERMEDADES**

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD  
REPRODUCTIVA**



**CURSO DE ATENCIÓN A LA SALUD  
SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA  
ADOLESCENTES .**

**EN BUEN  
EN BUEN  
PLAN...**

27 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1999  
PACHUCA , HIDALGO

**27 DE SEPTIEMBRE**

8:30 - 9:00 REGISTRO DE PARTICIPANTES

9:00 - 9:20 INAUGURACIÓN

9:20 - 10:00 SESIÓN INTRODUCTORIA  
DRA. ANA MA. G. ALMARAZ  
CORICHI  
PSIC. JUAN PÉREZ SÁNCHEZ

10:00 - 10:30 EVALUACIÓN INICIAL

10:30 - 11:30 SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN  
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA  
PARA ADOLESCENTES  
PSIC. JUAN PÉREZ SÁNCHEZ

11:30 - 11:45 RECESO

11:45 - 12:45 SALUD INTEGRAL DE LOS/LAS  
ADOLESCENTES  
DRA. ANA MA. G. ALMARAZ  
CORICHI12:45 - 14:30 SEXUALIDAD HUMANA  
PSIC. ALFREDO TAPIA ZAMORA

14:30 - 16:00 COMIDA

16:00 - 18:00 DESARROLLO BIOPSICOSOCIAL EN  
LA ADOLESCENCIA  
PSIC. JUAN PÉREZ SÁNCHEZ**28 DE SEPTIEMBRE**9:00 - 10:30 AUTOESTIMA Y ASERTIVIDAD EN  
LA ADOLESCENCIA  
PSIC. ALFREDO TAPIA ZAMORA10:30 - 11:30 EMBARAZO NO PLANEADO EN  
ADOLESCENTES  
PSIC. ELISA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ11:30 - 12:30 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL  
EMBARAZO NO PLANEADO EN  
ADOLESCENTES  
PSIC. ALFREDO TAPIA ZAMORA

12:30 - 12:45 RECESO

12:45 - 14:00 CONSECUENCIAS BIOLÓGICAS DEL  
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA  
DRA. ANA MA. G. ALMARAZ  
CORICHI

14:00 - 16:00 COMIDA

16:00 - 18:00 IMPLICACIONES PSICOSOCIALES  
DEL EMBARAZO EN  
ADOLESCENTES  
PSIC. JUAN PÉREZ SÁNCHEZ**29 DE SEPTIEMBRE**8:30 - 9:30 FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA  
PROM. ARTURO GARCÍA LECHUGA9:30 - 10:30 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN  
LA ADOLESCENCIA  
DRA. ANA MA. G. ALMARAZ  
CORICHI10:30 - 11:45 LOS RETOS EN LA REFERENCIA DE  
ADOLESCENTES  
DRA. ANA MA. G. ALMARAZ  
CORICHI  
PSIC. ALFREDO TAPIA ZAMORA  
PROM. ARTURO GARCÍA LECHUGA

11:45 - 12:00 RECESO

12:00 - 13:30 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN  
SEXUAL Y VIH/SIDA  
CONASIDA13:30 - 14:30 PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES  
EN MÉXICO  
CONADIC

14:30 - 16:00 COMIDA

16:00 - 18:00 ACCIONES DE PROMOCIÓN PARA  
LA SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA DE LOS/LAS  
ADOLESCENTES  
PSIC. ELISA FERNÁNDEZ  
GONZÁLEZ**30 DE SEPTIEMBRE**8:30 - 9:30 GENERALIDADES Y PRINCIPIOS DE  
LA ORIENTACIÓN-CONSEJERÍA  
PSIC. ELISA FERNÁNDEZ  
GONZÁLEZ9:30 - 10:30 PERFIL DEL ORIENTADOR-  
CONSEJERO  
PSIC. ELISA FERNÁNDEZ  
GONZÁLEZ10:30 - 11:30 ENTREVISTA EN ORIENTACIÓN-  
CONSEJERÍA (TEORÍA)  
PSIC. JUAN PÉREZ SÁNCHEZ

11:30 - 11:45 RECESO

11:45 - 12:45 ENTREVISTA EN ORIENTACIÓN -  
CONSEJERÍA (TALLER)  
PSIC. JUAN PÉREZ SÁNCHEZ12:45 - 14:00 MOMENTOS DIFÍCILES EN LA  
ORIENTACIÓN-CONSEJERÍA  
PSIC. JUAN PÉREZ SÁNCHEZ

14:00 - 14:30 EVALUACIÓN FINAL

14:30 CLAUSURA

**HISTORIA CLÍNICA DE ADOLESCENTES**

**Identificación**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Dirección y tel.: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: \_\_\_\_\_  
 Acompañado por: \_\_\_\_\_ [1 Solo 2 Padre 3 Madre 4 Ambos 5 Pareja 6 Amigo 7 Pariente 8 Otro]

**Motivo de Consulta**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Antecedentes Personales**

Vacunas: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Médicos: \_\_\_\_\_  
 Quirúrgicos: \_\_\_\_\_ Observación: \_\_\_\_\_  
 Traumáticos: \_\_\_\_\_ Observación: \_\_\_\_\_  
 Transfusionales: \_\_\_\_\_ Observación: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Resumidos No Patológicos**

**HEREDO-FAMILIAR**  
 Diabéticos: \_\_\_\_\_ Cardiología: \_\_\_\_\_ Neurológicos: \_\_\_\_\_  
 Neoplásicos: \_\_\_\_\_ Reumáticos: \_\_\_\_\_ Hipertensivos: \_\_\_\_\_  
 ETS/SIDA: \_\_\_\_\_ Obesidad: \_\_\_\_\_ Alcohol: \_\_\_\_\_  
 Drogas: \_\_\_\_\_

**FAMILIARES**

Edad Padres: ♂ \_\_\_\_\_ ♀ \_\_\_\_\_ Escolaridad Padres: [1 Analfabeta 2 Esc. Media 3 Técnico/Profesorista] \_\_\_\_\_  
 Edo. Civil Padres: [1 Casado 2 Separado/Divorciado 3 Viudo 4 Soltero] N.º Hermanos \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa \_\_\_\_\_  
 Padres viven: ♂ \_\_\_\_\_ ♀ \_\_\_\_\_ Con Quién vives: [1 Ambos 2 Padre 3 Madre 4 Padrino 5 Madrina 6 Familiar 7 Amigos 8 Solo] \_\_\_\_\_ Con cuál padre  
 te llevas mejor: \_\_\_\_\_ Por qué: \_\_\_\_\_ Y de tus hermanos: \_\_\_\_\_ Por qué: \_\_\_\_\_

**ESCOLARES Y/O LABORALES**

Grado escolar: \_\_\_\_\_ Promedio calificación: \_\_\_\_\_ Repitió grados: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Deserción escolar: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Causa: [1 Económica 2 Desinterés 3 Otra] \_\_\_\_\_  
 Problema con maestros: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuales?: \_\_\_\_\_  
 Relación con compañeros: Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_  
 ¿Has tenido trabajo remunerativo?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_  
 ¿Trabajas actualmente?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**SEXUALES**

Menarca: [ ] Ritmo: \_\_\_\_\_ F.U.M.: \_\_\_\_\_ Gesta: [ ] Para: [ ] Cesárea: [ ]  
 Aborto: [ ] [1 Espontáneo 2 Provocado 3 Terapéutico] Dismenorrea: [ ] [1 Leve 2 Moderado 3 Severo] Espermarca: \_\_\_\_\_ años  
 Leucorrea/Secreción peneana: \_\_\_\_\_ Inicio de vida sexual: [ ] años Con quién: [ ] [1 Novia(o) 2 Amiga(o) 3 Esposa(o) 4 Familiar 5 Trabajador(a) del sexo]  
 Uso de anticonceptivos: [ ] [1 Orales 2 inyectables 3 De barrera 4 Dia 5 Otros 6 No usa] Relaciones sexuales: \_\_\_\_\_ [1 Heterosexuales 2 Homosexuales 3 Ambos]

**RECREATIVOS**

¿Qué deporte practica? \_\_\_\_\_ ¿Con quién? \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_  
 Pertenece a un Club o Asociación \_\_\_\_\_ Horas TV/día \_\_\_\_\_

**HÁBITOS**

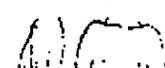
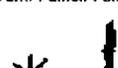
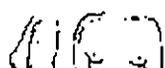
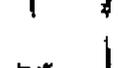
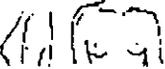
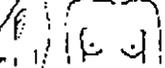
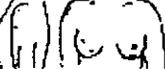
Horas de sueño/día: \_\_\_\_\_ Insomnio: \_\_\_\_\_ Enuresis: \_\_\_\_\_ Pesadilla: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_ Observación: \_\_\_\_\_ Comida por día: \_\_\_\_\_ Comida/día con familia: \_\_\_\_\_  
 Alimentación adecuada: Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_  
 Alcoholismo: \_\_\_\_\_ Tabaquismo: \_\_\_\_\_ Drogadicción: \_\_\_\_\_

**PERSONALIDAD**

Periodos de tristeza : Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Frecuencia : \_\_\_\_\_ Duración : \_\_\_\_\_  
 Te consideras más feliz, o menos feliz que los demás : \_\_\_\_\_ ¿Porque? : \_\_\_\_\_  
 ¿Estás de acuerdo con tu apariencia física? : Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Qué cambiarías? : \_\_\_\_\_  
 ¿Como te consideras en el presente ? Sociable \_\_\_\_\_ Timido \_\_\_\_\_ Estable \_\_\_\_\_  
 ¿Compartes las creencias religiosas de tu familia? : Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Sueles participar en riñas o peleas? : Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Con que frecuencia : \_\_\_\_\_

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

Peso : \_\_\_\_\_ Kg. Talla: \_\_\_\_\_ m T.A. \_\_\_\_\_ mm/Hg Percentilas : \_\_\_\_\_ Peso : \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_  
 Cabeza : \_\_\_\_\_  
 Cuello \_\_\_\_\_  
 Tórax \_\_\_\_\_  
 Abdomen : \_\_\_\_\_  
 Genitales : \_\_\_\_\_

| MsS | Mamaria   | MsLs | Valoración de Tanner  | Vello Púbico Femenino   | Vello Púbico Masculino  |
|-----|---|------|---|---|---|
| 1.  |    | 1.   |    |    |    |
| 2.  |    | 2.   |    |    |    |
| 3.  |    | 3.   |    |    |    |
| 4.  |    | 4.   |    |    |    |
| 5.  |  | 5.   |  |  |  |

**D**

\_\_\_\_\_

**Examen físico y tratamiento**

\_\_\_\_\_

**Comentarios**

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma



UNIDAD : \_\_\_\_\_ PERIODO REPORTADO : \_\_\_\_\_

**VIRI DIAGNOSTICO**

| D I A G N O S T I C O  | 1 0 - 1 4   |         | F E M E N I N O |         | 1 5 - 1 9 |         | F E M E N I N O |         | T O T A L |         | F E M E N I N O |         |
|--|---|---------|-----------------|---------|-----------|---------|-----------------|---------|-----------|---------|-----------------|---------|
|  | MASCULINO   |         | MASCULINO       |         | MASCULINO |         | MASCULINO       |         | MASCULINO |         | MASCULINO       |         |
|  | 1° Vez  | Subsec. | 1° Vez          | Subsec. | 1° Vez    | Subsec. | 1° Vez          | Subsec. | 1° Vez    | Subsec. | 1° Vez          | Subsec. |
| ORIENTACION Y CONSEJERIA   | MET. ANTICOMP. E T.S. . SEXUALIDAD                                |         |                 |         |           |         |                 |         |           |         |                 |         |
| DERMATOSIS   | ACNE<br>NEURODERMATITIS<br>DERMATITIS SOLAR<br>DERMATITIS INFECC. |         |                 |         |           |         |                 |         |           |         |                 |         |
| NUTRICIONALES  | OBESIDAD<br>DESNUTRICION  |         |                 |         |           |         |                 |         |           |         |                 |         |
| INFECCIOSAS Y PARASITARIAS   | I. R. A.<br>I. V. U.<br>INTESTINALES<br>OTRAS                     |         |                 |         |           |         |                 |         |           |         |                 |         |
| GINECOLOGICAS  | MENSTRUALES<br>MAMARIOS   |         |                 |         |           |         |                 |         |           |         |                 |         |
| ANDROLOGICAS   | PENE<br>TESTICULO<br>GINECOMASTIA                                 |         |                 |         |           |         |                 |         |           |         |                 |         |
| ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL (ESPECIFICAR PATOLOGIA)            |   |         |                 |         |           |         |                 |         |           |         |                 |         |
| OTRAS PATOLOGIAS (ESPECIFICAR EN LAS LINEAS LA PATOLOGIA ENCONTRADA) |   |         |                 |         |           |         |                 |         |           |         |                 |         |
| CONSULTAS SANOS  |   |         |                 |         |           |         |                 |         |           |         |                 |         |

| OTROS TEMAS EXPUESTOS |       |        |           |       | TIPO DE ASISTENTES |           |       |           |       |
|-----------------------|-------|--------|-----------|-------|--------------------|-----------|-------|-----------|-------|
| EMB. ADOL             | DROG. | ALCOH. | LACTANCIA | OTROS | MTROS              | PAD. FAM. | ADOLS | PERS UNID | OTROS |
|                       |       |        |           |       |                    |           |       |           |       |

OBSERVACIONES :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Resultados

Tabla No. 1. Presenta los resultados obtenidos en la capacitación del personal de salud por profesión, en todas las entidades federativas, de 1994 a 1997

| Entidad  | profesión |       |      |     |      |  | año  |      |      |      | total |
|----------|-----------|-------|------|-----|------|--|------|------|------|------|-------|
|          | med       | t. s. | psic | enf | prom |  | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |       |
| AGS      | 15        | 5     | 1    | 10  | 1    |  | 0    | 8    | 24   | 0    | 32    |
| B. C.    | 18        | 9     | 0    | 11  | 2    |  | 10   | 0    | 30   | 0    | 40    |
| B. C. S. | 2         | 1     | 1    | 1   | 0    |  | 5    | 0    | 0    | 0    | 5     |
| CAMP     | 2         | 1     | 0    | 1   | 1    |  | 0    | 5    | 0    | 0    | 5     |
| COAH     | 17        | 7     | 2    | 10  | 2    |  | 9    | 11   | 18   | 0    | 38    |
| COL      | 11        | 8     | 5    | 16  | 3    |  | 0    | 9    | 0    | 34   | 3     |
| CHIS     | 34        | 20    | 11   | 23  | 34   |  | 8    | 24   | 90   | 0    | 122   |
| CHIH     | 19        | 9     | 4    | 15  | 5    |  | 11   | 18   | 23   | 0    | 52    |
| D. F.    | 66        | 37    | 14   | 38  | 0    |  | 38   | 76   | 0    | 41   | 155   |
| DGO      | 17        | 5     | 2    | 9   | 1    |  | 0    | 10   | 24   | 0    | 34    |
| GTO      | 23        | 12    | 7    | 20  | 3    |  | 14   | 51   | 0    | 0    | 65    |
| GRO      | 27        | 11    | 2    | 19  | 1    |  | 11   | 29   | 20   | 0    | 60    |
| HGO      | 2         | 2     | 1    | 1   | 0    |  | 6    | 0    | 0    | 0    | 6     |
| JAL      | 6         | 1     | 1    | 3   | 1    |  | 0    | 12   | 0    | 0    | 12    |
| MEX      | 34        | 13    | 4    | 18  | 0    |  | 0    | 9    | 32   | 28   | 69    |
| MICH     | 15        | 5     | 4    | 13  | 0    |  | 0    | 14   | 0    | 23   | 37    |
| MOR      | 4         | 2     | 0    | 2   | 0    |  | 0    | 8    | 0    | 0    | 8     |
| NAY      | 15        | 11    | 1    | 25  | 1    |  | 0    | 7    | 46   | 0    | 53    |
| N. L.    | 11        | 3     | 1    | 11  | 0    |  | 4    | 22   | 0    | 0    | 26    |
| OAX      | 26        | 4     | 7    | 10  | 0    |  | 13   | 0    | 34   | 0    | 47    |
| PUE      | 24        | 13    | 5    | 19  | 0    |  | 10   | 0    | 20   | 31   | 61    |
| QRO      | 7         | 2     | 0    | 3   | 1    |  | 0    | 8    | 5    | 0    | 13    |
| Q. ROO   | 6         | 1     | 0    | 2   | 1    |  | 0    | 10   | 0    | 0    | 10    |
| S. L. P. | 5         | 1     | 1    | 1   | 0    |  | 0    | 8    | 0    | 0    | 8     |
| SIN      | 5         | 2     | 0    | 1   | 0    |  | 8    | 0    | 0    | 0    | 8     |
| SON      | 10        | 9     | 0    | 8   | 2    |  | 9    | 20   | 0    | 0    | 29    |
| TAB      | 4         | 1     | 0    | 4   | 0    |  | 0    | 9    | 0    | 0    | 9     |
| TAMS     | 16        | 8     | 3    | 13  | 1    |  | 7    | 34   | 0    | 0    | 41    |
| TLAX     | 3         | 2     | 2    | 2   | 0    |  | 0    | 9    | 0    | 0    | 9     |
| VER      | 23        | 12    | 10   | 17  | 1    |  | 10   | 21   | 32   | 0    | 63    |
| YUC      | 5         | 2     | 0    | 3   | 0    |  | 0    | 10   | 0    | 0    | 10    |
| ZAC      | 5         | 2     | 2    | 4   | 0    |  | 0    | 13   | 0    | 0    | 13    |
| T        | O         | T     | A    | L   | :    |  | 173  | 455  | 398  | 157  | 1192  |

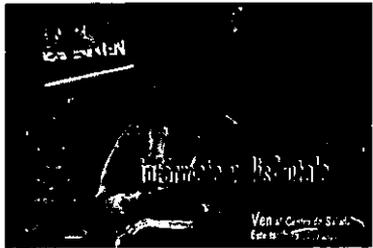
Tabla No. 2. Presenta los resultados obtenidos, en la instalación de módulos tanto en hospitales como en centros de salud en las 32 entidades federativas, desde 1994 hasta 1997.

| Entidad             | 1994      |           |           | 1995      |           |           | 1996      |           |           | 1997      |           |           | total      |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
|                     | cs        | hosp      | tot       |            |
| Aguascalientes      | 0         | 0         | 0         | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 1         | 0         | 1         | 3          |
| Baja California     | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 0         | 3         | 3         | 0         | 0         | 0         | 5          |
| Baja California Sur | 1         | 0         | 1         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 1          |
| Campeche            | 0         | 0         | 0         | 1         | 1         | 2         | 3         | 0         | 3         | 0         | 0         | 0         | 5          |
| Coahuila            | 1         | 1         | 2         | 0         | 3         | 3         | 0         | 0         | 0         | 2         | 4         | 6         | 11         |
| Colima              | 0         | 0         | 0         | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 4         | 1         | 5         | 7          |
| Chiapas             | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 6         | 2         | 8         | 0         | 3         | 3         | 13         |
| Chiuhahua           | 2         | 1         | 3         | 4         | 0         | 4         | 4         | 0         | 4         | 5         | 1         | 6         | 17         |
| Distrito Federal    | 4         | 0         | 4         | 12        | 1         | 13        | 5         | 1         | 6         | 7         | 0         | 7         | 30         |
| Durango             | 0         | 0         | 0         | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 2         | 0         | 2         | 4          |
| Guanajuato          | 1         | 1         | 2         | 4         | 4         | 8         | 3         | 1         | 4         | 4         | 0         | 4         | 18         |
| Guerrero            | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 7         | 4         | 11        | 0         | 0         | 0         | 13         |
| Hidalgo             | 1         | 0         | 1         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 1          |
| Jalisco             | 0         | 0         | 0         | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 2          |
| México              | 0         | 0         | 0         | 1         | 1         | 2         | 9         | 3         | 12        | 5         | 2         | 7         | 21         |
| Michoacán           | 0         | 0         | 0         | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 3         | 2         | 5         | 7          |
| Morelos             | 0         | 0         | 0         | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 2          |
| Nayarit             | 0         | 0         | 0         | 1         | 1         | 2         | 1         | 9         | 10        | 0         | 0         | 0         | 12         |
| Nuevo León          | 1         | 1         | 2         | 3         | 0         | 3         | 0         | 0         | 0         | 2         | 0         | 2         | 7          |
| Oaxaca              | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 2         | 2         | 4         | 1         | 0         | 1         | 7          |
| Puebla              | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 1         | 5         | 6         | 0         | 0         | 0         | 8          |
| Querétaro           | 0         | 0         | 0         | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 2          |
| Quintana Roo        | 0         | 0         | 0         | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 2          |
| San Luis Potosí     | 0         | 0         | 0         | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 4         | 0         | 4         | 6          |
| Sinaloa             | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 4          |
| Sonora              | 1         | 1         | 2         | 3         | 1         | 4         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 6          |
| Tabasco             | 0         | 0         | 0         | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 3         | 1         | 4         | 6          |
| Tamaulipas          | 1         | 1         | 2         | 7         | 6         | 13        | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 15         |
| Tlaxcala            | 0         | 0         | 0         | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 2          |
| Veracruz            | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 2         | 2         | 4         | 0         | 0         | 0         | 6          |
| Yucatán             | 0         | 0         | 0         | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 2          |
| Zacatecas           | 0         | 0         | 0         | 1         | 1         | 2         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 2          |
| <b>t o t a l</b>    | <b>20</b> | <b>13</b> | <b>33</b> | <b>49</b> | <b>31</b> | <b>80</b> | <b>44</b> | <b>33</b> | <b>77</b> | <b>43</b> | <b>14</b> | <b>57</b> | <b>247</b> |

Fuente: concentrado mensual de información (1994-1998), Subdirección de Atención a Adolescentes, Dirección General de Salud Reproductiva (SSA).

# CARTELES

Prevención de ETS  
Promoción de los Servicios de atención a adolescentes  
Sexualidad en la adolescencia  
Prevención del embarazo





**Historieta: “Hablemos de cuidarnos antes o después”**

**Videos de Entretenimiento:  
“Más vale prevenir...” y “Ya son tres...”**

