

00921
65



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA

TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

**MANUAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
PARA EL ADOLESCENTE Y ADULTO JOVEN**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
JULIO PEDRO GARCÍA CASTRO**

**NO. DE CUENTA:
9609638-5**

**DIRECTORA DEL TRABAJO:
MAESTRA ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA**



MÉXICO, D. F.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

2003



SECRETARÍA DE SALUD

A



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.

REFLEXIÓN

"Los cambios sociales que fomentan la salud siempre ocurren en atmósferas históricas y políticas concretas; aún los planes mejor intencionados están destinados al fracaso si son política y socialmente inapropiados."

H.G. BIRCH y J.G. GUSSOW

Autorizo a la Dirección General de Estadísticas de la
Unidad a utilizar el contenido de mi trabajo profesional

NOMBRE:

García Castro, Julio Pedro

FECHA:

10- Noviembre - 03.

FIRMA:

[Firma manuscrita]

" La forma en que la gente vive, lo que come, lo que cee, lo que valora, la tecnología de que dispone son indicadores significativos de la salud individual y colectiva"

L. SAUNDERS

" Para trabajar efectivamente con el público, debemos no sólo ser capaces de ver al mundo como el público lo percibe, sino además comprender las funciones psicológicas y sociales inherentes en sus creencias y costumbres. Estas funciones no siempre son evidentes para la misma población".

BENJAMIN D. PAUL

DEDICATORIAS

WILMO GARCIA †

A mi padre, quien desde muy lejos me observa me protege y cuida a mi familia, y por permitir que nuestros anhelos e ilusiones se conviertan en metas cumplidas ¡GRACIAS!

REGINA CASTRO SÁNCHEZ

A mi madre, por la fortaleza que la caracteriza y por encausarme a ser un hombre de bien, por contagiarme en disfrutar la vida momento a momento y por enseñarme a seguir valores y guardar respeto, por darme la virtud de saber aprovechar lo que se cosecha y por hacer de mi vida un triunfo.

¡GRACIAS POR TU CONFIANZA Y AMOR!

MIQUEL SÁNCHEZ Y DOMINÓN CASTRO

A mis abuelitos queridos por todo su apoyo y ser mis guías desde mi infancia, formando parte importante en mi formación profesional y además que por sus enseñanzas pude crecer feliz, a conciencia y madurez y por ser a ellos a quien les debo parte de mi vida. ¡MUCHAS GRACIAS!

MIQUELA ANGEA GARCÍA D.

A mi gran hermano, por compartir conmigo aprendizajes que hicieron de mi vida toda una reflexión y que estoy seguro que todos aquellos momentos serán fundamentales en mi vida profesional y personal.

¡TE LO AGRADEZCO!

BETO, NOEL, ODILÓN, EVA, LETI, MARÍA
MOSE, MOIS, MIGUEL, ROSARIO, CESAR, MONITA

A mis 11 Tios por ser parte fundamental en mi educación y desarrollo profesional, aprendiendo a través de sus experiencias.

MOISES RIVERO

Quien vio parte de mi crecimiento y siempre tuvo una palabra de aliento en momentos necesarios en mi vida.

MILAN SÁNCHEZ P. GERARDO, EDDY, M.A. ESTELA
FRANCELO, MARÍA, MARÍA, ISMAEL, GUILLERMO,
MUNY CARLOS, MARCOS.

A familiares y amigos; por compartir sus momentos, llenando mis días de felicidad y por mostrarme los obstáculos que la vida tiene. Gracias por permitirme aprender de sus errores y virtudes.

A MIS PRIMOS

Para que se den una oportunidad por luchar y conseguir lo que se propongan y sea además un aliento y motivo para demostrar que los sueños se cumplen. ¡INTÉNTENLO!

ADRIANA ELIZABETH GERMÁNIDES LÓPEZ

Por brindarme tú apoyo en todo momento, y por hacer de mis días un motivo, espero y deseo compartir mi presente y futuro.
¡TE AMO!

H

AGRADECIMIENTOS

COL-PA

A la Universidad Nacional Autónoma de México por cobijarme desde mi formación de nivel medio superior y permitir robarme un poco de toda su experiencia y además por darme un perfil que deseo desempeñar con todo mi orgullo presumiendo siempre de ser " PUMA ".

ENED

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por darme la oportunidad de pertenecer a ese grupo privilegiado de Licenciados en Enfermería y Obstetricia y por darme una formación profesional, humana y espiritual, que hace de mí una persona con ganas de progresar y triunfar, pero sobre todo desarrollando mi profesión al máximo de mis capacidades con ética y beneficiando a quien lo necesite.

MAESTRA ARACELI MINÉTES INEIDOSA

A mi directora de trabajo, por sus consejos, su tiempo, sus experiencias y dedicación, que permitió la conclusión de este proyecto, dándome así la oportunidad de desarrollar la profesión de Enfermería con orgullo, esmero y sobre todo profesionalmente.

A MIS PROFESORES

Que me dieron parte de sus aprendizajes logrando así mi desarrollo profesional, esperando cosechar con esmero cada una de estas enseñanzas y representar con orgullo esta profesión.

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1

I. Justificación	1
II. Objetivos	2
III. Metodología	3
3.1 Descripción del manual	3
3.2 Ubicación del tema	5

CAPITULO 2

IV. Marco teórico

4.1 La adolescencia y el adulto joven. Su momento actual.....	6
4.2 Proceso Salud - Enfermedad en el adolescente y adulto joven	10
4.3 Determinantes de salud en la adolescencia y adulto joven. Factores de riesgo y protección.	12
4.4 Perfil de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.....	16
4.5 Educación para la Salud en Enfermería.....	18
4.6 Funciones del Enfermero (a) en Educación para la Salud.....	30
4.7 Los principios básicos de la Orientación - Consejería.....	34
4.8 Ética en la relación, Profesional de Salud - Adolescente.....	38

CAPITULO 3

V. Temas selectos de Educación para la Salud para Adolescentes y Adultos jóvenes.

5.1 Habilidades para Vivir	42
5.2 Salud Sexual y Reproductiva	50
5.2.1 Sexualidad	50
5.2.2 Respuesta Sexual Humana	53
5.2.3 Métodos Anticonceptivos	68
5.2.4 Infecciones de Transmisión Sexual	93
5.3 Adicciones	97
5.4 Trastornos de la alimentación	104
5.5 Accidentes y Violencia	112
5.6 Problemas Psicoafectivos	125
5.6.1 Intervención en crisis	133

CAPITULO 4

VI. Manual de Educación para la Salud en Adolescentes y Adultos Jóvenes.

6.1 Métodos didácticos.....	133
6.1.1 El taller	133
6.1.2 La charla	135
6.1.3 La Discusión en grupo	137
6.2 Selección de técnica	139



6.3 Plan de trabajo	140
6.3.1 El taller	140
6.3.2 La charla	142
6.3.3 La discusión en grupo	144
6.3.4 Consejería	146

VII. Conclusión

VIII. Sugerencias

IX. Glosario

X. Referencias Bibliográficas

XI. Referencias electrónicas

XII. Anexos

- Anexo 1
- Anexo 2
- Anexo 3
- Anexo 4
- Anexo 5
- Anexo 6
- Anexo 7
- Anexo 8
- Anexo 9
- Anexo 10

J

INTRODUCCIÓN

En la promoción de la salud la prevención de las enfermedades y la prolongación de la vida, interfieren factores directamente relacionados tanto con el ambiente físico y biológico como con las creencias y formas de conducta del individuo en su comunidad.

Los esfuerzos encaminados al saneamiento del medio, al control de vectores que transmiten enfermedades y al mejoramiento de la habitación a fin de proteger al hombre de las inclemencias ambientales, deben complementarse con el establecimiento de patrones de conducta, actitudes y conocimientos que permitan al individuo mantener su salud.

La educación para la salud es una actividad que debe iniciarse desde los primeros años de la vida con el establecimiento de hábitos favorables para el desarrollo del individuo; la higiene personal, la nutrición adecuada, la actividad equilibrada con el reposo y otros hábitos que se adquieren en el seno de la familia son imprescindibles para la salud.

Una comunidad bien informada actuará en la dirección necesaria para la protección de la salud individual y colectiva, siempre y cuando conozca adecuadamente las motivaciones más importantes para la población, como pueden ser la protección de la niñez, la cohesión de la familia y el mantenimiento de la integridad en la población.

Cabe recalcar que en la prevención y promoción para la salud la actividad más importante del Licenciado en Enfermería y Obstetricia es la de enseñar, la de animar a compartir conocimientos, habilidades, experiencias e ideas.

Siendo esta la actividad más importante del Licenciado en Enfermería y siendo la que más hace falta en las comunidades de nuestro país, se dio inicio la formación de este manual, ya que es importante reconocer, que nuestra nación no necesita más profesionales que curen y hospitales de que quieren corregir el problema de salud cuando éste ya está presente; sino se necesita de conciencias y profesionales que quieran comprometerse en la prevención de enfermedades y conductas nocivas en los adolescentes.

Es por eso que el objetivo de este manual va dirigido en la atención de los jóvenes, para producir programas que nos permita trabajar con ellos.

K

Este manual se fundamenta en la experiencia que se recogió durante el servicio social trabajando con adolescentes y adultos jóvenes en las escuelas y facultades de la Universidad Nacional Autónoma de México; esta experiencia dejó como inquietud el poder encontrar estrategias que permitan al adolescente cruzar su etapa con los conflictos menos posibles, para lo cual se retomó los programas prioritarios de educación para la salud de la Dirección General de Servicios Médicos.

La estrategia que aquí se plantea tiene como finalidad participar con los jóvenes de todos los centros educativos, incluyendo la misma U.N.A.M., para mejorar las conductas, ya que a últimas fechas la morbilidad de este grupo se ha incrementado a consecuencia de los estilos de vida transmitidos por países en los que los problemas con jóvenes están latentes (moda, drogas, medios de comunicación, etc.). Se considera, que en este momento actual, la educación formal no basta para alejar de los factores de riesgo a los adolescentes y adultos jóvenes, ya que es en estos centros donde los jóvenes interpretan de diferente manera y a su conveniencia las conductas, poniéndolos en riesgo.

Para poder iniciar programas de trabajo con adolescentes se tomaron en cuenta una serie de temas que son de importancia para comprender al ambiente y los factores que rodean a este grupo, los cuales nos van a determinar su proceso salud -- enfermedad y nos ubicaran sobre las determinantes de salud que propiciarían un equilibrio en los jóvenes, pero cuando esto no sucede se tendrá que trabajar con los factores de riesgo para disminuirlos lo más posible y así enseñar a los jóvenes a utilizar sus factores de protección.

Una vez establecido los parámetros para establecer la salud-enfermedad de los jóvenes, es importante ubicarnos desde el punto de vista del perfil de enfermería, ya que de esta manera nos encausaremos con responsabilidad para trabajar con ellos y satisfacer en medida de las posibilidades, sus necesidades.

El estar establecidos en un plano profesional, nos permitirá entrar completamente en el campo de la educación para la salud, en el cual conoceremos las estrategias más utilizadas para ayudar a modificar las conductas de los jóvenes, promoviendo su autocuidado y la prevención de factores de riesgo.

Para llevar a cabo la educación para la salud, se nos habla de que el enfermero tiene funciones específicas que ayudarán a que las estrategias sean exitosas como meta del trabajo con jóvenes, es decir se estaría aplicando de manera efectiva la enseñanza-aprendizaje.

Por lo tanto la atención de los jóvenes debe establecerse bajo principios que le permitirá entablar una relación de confianza con el profesional de salud, a

f

su vez, el profesional tendrá la responsabilidad de manejar con ética cada caso que se le presente, y mostrar respeto para cada caso tomándolo como único y sobre todo siendo confidencial.

Como ya se menciona el manual tiene como base los programas de educación para la salud de la D.G.S.M. y de su departamento de programas y servicios preventivos, para lo cual se realizó un breve resumen sobre los temas de habilidades para vivir, salud sexual y reproductiva, problemas psicoafectivos, accidentes y violencia y trastornos de la alimentación, lo que le permitirá al profesional indagar más sobre los temas y establecer métodos de educación para la salud con adolescentes y adultos jóvenes.

En la última parte del manual se mencionan algunos métodos didácticos que serán de utilidad para llevar a cabo trabajo en grupo, entre los métodos que se mencionan por su eficacia en la educación para la salud son: el taller, la charla y la discusión en grupo. Además en lo anexos se incluyen algunas técnicas didácticas de interés para el trabajo con adolescentes.

Es importante mencionar que a lo largo del manual se hace referencia al "adolescente y adulto joven", cuando en realidad éste, está dirigido al adolescente como tal; aunque la OMS menciona una adolescencia prolongada de los 10 a los 24 años, esto no tiene nada que ver, sino simplemente se utiliza como estrategia para llamar la atención de los adolescentes, ya que es una etapa donde por una parte se sienten independientes en relación a su rol con sus grupos de pares y por otro lado son aun dependientes en el núcleo familiar en su rol de hijo y hermano, por lo tanto el hablar de adolescentes y adultos jóvenes ellos se pueden colocar en el nombre que más les convenga, a fin de cuentas lo que interesa es modifiquen sus conductas hacia estilos de vida saludables.

Esta estrategia educativa surge ante la preocupación del mayor número de jóvenes que hoy habitan el país, así lo demuestra la pirámide poblacional, ya que es fácil de deducir y por sentido común de que no existe una cultura de la prevención, lo cual deja en desventaja a los adolescentes ante una cultura proveniente de otros países, como lo es el del consumismo y estilos de vida no propios de los jóvenes mexicanos, poniendo en riesgo su salud física, mental y por consiguiente familiar y social.

Como reflexión, ya es momento de dejar de juzgar a nuestro jóvenes creyendo en la madurez de nuestra edad, cuando la realidad es, que nos encontramos en una adolescencia tardía y que lo único que ocasionamos es transmitir conductas que para los adultos son buenas y correctas, mientras que para los adolescentes son incorrectas y prohibidas; ocasionando así, confrontación de ideales equívocos, una liberación con rebeldía y una libertad de expresión sin comunicación.

CAPITULO 1

I. JUSTIFICACIÓN

Una de las tareas del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, es la participación multi e interprofesional en acciones específicas tendientes a transformar y mejorar el campo de ésta disciplina. Una de estas actividades es la elaboración o actualización de manuales, instrumentos de trabajo que proporcionan ordenada y sistemáticamente información necesaria para el desarrollo de tareas administrativas con el fin de unificar conductas o procedimientos, establecer líneas de trabajo, introducir al puesto al personal de nuevo ingreso, informar aspectos administrativos y tareas a realizar, además de precisar funciones específicas, etc.

Este manual administrativo-didáctico va dirigido al profesional de enfermería y al grupo interdisciplinario de la salud para brindar educación para la salud a la población adolescente y adulto joven, cuyos grupos, hoy en día son la parte más vulnerable de la sociedad en cuanto a salud se refiere.

El manual de Educación para la Salud tiene como propósito unificar, dentro de la diversidad estructural de las instituciones de salud, educación y seguridad social, los procedimientos para actuar y los contenidos a transmitir. También constituye un instrumento que facilitará la ejecución de las actividades educativas.

El manual tiene un ordenamiento que sitúa al lector, primeramente, dentro de un marco conceptual general, a partir del cual lo introduce en el conocimiento del proceso de enseñanza-aprendizaje y que pretende llevar al profesional de la salud de lo general a lo particular, de lo abstracto a lo concreto, con la finalidad de que cumpla mejor su misión educativa y lo haga bajo las mismas pautas que sus compañeros y en forma coordinada con ellos.

Por lo tanto, el Manual de Educación para la Salud es un recurso de gran importancia para impulsar el trabajo de educación para la salud, en virtud de que, a través del mismo, se pueden uniformar y sistematizar los procedimientos y actividades educativos y facilitar la confección de los materiales auxiliares en el trabajo del educador para la salud.

Como es sabido, el primer nivel de atención tiene como objetivo principal la prevención y la promoción para la salud, donde se pretende guiar al individuo y a la comunidad a un proceso de cambio de actitud y de conducta para la aplicación de medios que permitan la conservación y mejoramiento de su salud. Y es además una acción que tiende a responsabilizarlos tanto de su propia salud como de su familia y la del grupo social al que pertenecen, por tanto, mostrar una situación de equilibrio dinámico en el ambiente y así funcionar al óptimo de sus capacidades.

Siendo así, la Educación para la Salud se refiere al conjunto de acciones encaminadas a modificar la conducta con respecto a la salud, en el individuo, familia y la comunidad. Se basa en diversas concepciones del aprendizaje, técnicas y medios didácticos para promover la salud y prevenir las enfermedades. La educación para la salud es un proceso intencional y dinámico que tiene por objeto procurar la participación activa y consciente de los individuos en beneficio de su salud; la de su familia y su comunidad a través de diferentes acciones del personal profesional de enfermería encaminadas a modificar la conducta de los individuos con respecto a su salud.

Estas acciones se derivan del diagnóstico de salud que se realiza con el fin de detectar riesgos que pongan en peligro el equilibrio del proceso salud-enfermedad. Con base al diagnóstico se detectan necesidades de salud las cuales se priorizan y se buscan estrategias para coadyuvar en su resolución.

Y es así como la vinculación teórico - práctica permitió conformar una serie de ideas con el propósito de sugerir alternativas para llevar a cabo un manual de Educación para la Salud dirigido al adolescente y adulto joven, basado en la experiencia y aprendizaje obtenido durante el Servicio Social en la Dirección General de Servicios Médicos, tomando como referencia los subprogramas de orientación en salud del Departamento de Programas y Servicios Preventivos de la Universidad Nacional Autónoma de México.

II. OBJETIVOS

GENERAL

- Elaborar un manual que servirá de guía a los Licenciados en Enfermería y al grupo interdisciplinario de la Salud, para abordar los temas relacionados en la etapa de la adolescencia y juventud, para así contribuir a favorecer conductas saludables en estos grupos etarios, además de propiciar un acercamiento y detectar aquellos casos que necesiten consejería o una atención más especializada.

ESPECÍFICOS

- Guiar al grupo dedicado a la salud, en la planificación y preparación de temas de Educación para la Salud, dirigido a adolescentes para favorecer cambios de conducta hacia una mejor calidad de vida.
- Contribuir en la Prevención y Promoción para la Salud a través de un proceso educativo que incluye tres pasos, la información, la motivación y la educación; que facilitará al profesional de la salud desarrollar habilidades de enseñanza - aprendizaje dirigidos a adolescentes y adultos jóvenes.

III. METODOLOGÍA

En este manual se pretende que la información que se muestra sea una forma más en la que pueda contribuir el Licenciado en Enfermería para llevar a cada uno de esos lugares solicitados Promoción y Educación para la Salud a favor de los adolescentes y de ésta manera prevenir y favorecer estilos de vida saludables a los jóvenes para así ver un futuro promisorio en los próximos años.

Se delimito el formato que se iba a dar a éste trabajo, encontrando más adecuado un **manual**, que es aquel que facilita la comprensión, que es empírico, variable y fácil de manejar (manuable), se concentra en forma sistemática, una serie de elementos administrativos para un fin concreto que es la de orientar y uniformar.

3.1 DESCRIPCIÓN DEL MANUAL

El manual de educación para la salud consta de cuatro capítulos, que para el desarrollo de éste se tomo en cuenta estadística de los informes del Servicio Social, referencias bibliográficas y la experiencia de la pasantía en la Dirección General de Servicios Médicos.

En el capítulo 1 se describe el ¿por que? del trabajo a través de una justificación y unos objetivos que fueron planteados para poder establecer metas y así describir la finalidad del manual.

En el capítulo 2 se desarrollo el Marco Teórico de acuerdo al Proceso Salud -Enfermedad de los adolescentes y todos aquellos factores bio-psico-sociales que los relacionan, tomando como punto principal las referencias bibliográficas.

En el capítulo 3 se realiza una compilación bibliográfica de cada uno de los temas a desarrollar en el capítulo 4, que facilitará y dará una visión más amplia y un punto de partida para la búsqueda de material y la preparación de los temas.

En el capítulo 4 se realiza y planifica la propuesta de Educación para la Salud en los adolescentes con referencia en los programas prioritarios de Orientación para la Salud de la Dirección General de Servicios Médicos.

Para la planeación de estos temas se indicará los objetivos, así como el tiempo aproximado para cada método de aprendizaje, indicaciones, material y las técnicas más adecuadas para llevar a cabo la educación para la salud.

Cada profesional de la salud tendrá la oportunidad de educar con el método que mejor conozca y que de mejores resultados para trabajo en grupo, más sin embargo se sugieren algunos métodos que podrían ser de interés para la enseñanza - aprendizaje de adolescentes y adultos jóvenes, por ejemplo, el taller, la charla y la discusión en grupo.

Para cada uno de éstos temas se utilizara según el la metodología de Educación para la salud, la educación *No formal*, ya que tiene como objetivos que es una actividad educacional, organizada y sistematizada, que es un aprendizaje específico, contiene un programa, se emplea con respuestas a problemas sociales (de salud, nutrición, autoempleo, etc.), es un significado de desarrollo individual y social, lleva a cabo una enseñanza-aprendizaje fuera de la escuela, y es dirigido a un grupo de personas hacia metas específicas, y en su caso podrá adaptarse a la educación formal que es la que proviene a través de un sistema y es aplicado desde el salón de clases o aula y en el cuál hay una programación de objetivos concretos y con una metodología mas o menos simple o sofisticada.

3.2 UBICACIÓN DEL TEMA

Revisando la información obtenida durante el Servicio social, se encontró, en lo que se refiere a los subprogramas de orientación para la salud de la Dirección general de Servicios Médicos: que los adolescentes y adultos jóvenes tenían más participación respecto a sus salud, asistiendo a consejerías y orientación sobre métodos anticonceptivos, sobre infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA, en trastornos de la alimentación y adicciones, ya sea acudiendo a Sistema de Orientación en Salud o en los eventos sobre salud en los que el profesional de enfermería participaba.

Durante el Servicio Social se tomaron en cuenta otras consideraciones que fueron fundamentales para la elaboración del manual ya que proporciono información relevante en cuanto a las necesidades del usuario y que dio pauta para la integración de los temas de educación para la salud, por ejemplo, anticoncepción de emergencia, embarazo o probable embarazo, respuesta sexual humana, ciclo menstrual, infecciones de vías urinarias, atención psicológica (crisis de angustia, depresión leve) y violencia en sus diferentes formas.

Para llevar a cabo esta propuesta se considero importante que el personal de salud o aquellos profesionales que participen en la formación del bloque de las bases teóricas de la Educación para la salud, por ejemplo: Ciencias de la Salud (Medicina, Nutrición, Fisioterapia, Ergoterapia, Odontología, Enfermería, etc.); Ciencias del Comportamiento (Psicología, Sociología, Antropología); Ciencias de la Educación (Andragogía, Pedagogía) y Ciencias de la Comunicación (Comunicadores); tengan conocimientos sobre las funciones de un promotor de la salud y los principios y objetivos de la orientación-consejería, que se describirá en el capítulo 2.

Además de ser necesario, conocer el objetivo de la Educación para la Salud, favoreciendo así la salud, el bienestar y el desarrollo personal, familiar y de la comunidad.

CAPITULO 2

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 La Adolescencia y el adulto joven. Su momento actual en México.

Al hablar de adolescencia y juventud en México generalmente nos remontamos a los cambios que surgieron desde la década de los 60's donde esta población es quien determinó grandes cambios en el desarrollo político, social y cultural del país.

Esta juventud despierta interés y apasiona por una razón obvia: es símbolo de la vitalidad y, más aún, México es una sociedad joven, bajo todos los aspectos se está haciendo y esta surgiendo a la vida histórica. La mayoría de la población en verdad es joven: 70% de los mexicanos es menor de 30 años.¹

Y con esto decimos que la juventud no es la suma de personas en edades determinadas por convención como " juveniles". Esta concepción tiene que involucrar, en esencia, el modo de ser de los jóvenes con los demás y viceversa: su manera de vincularse con el resto de la sociedad. Por ello, la definición de juventud como realidad social engloba a todos.²

Hoy en día México vive una de las épocas de mayor expectativa, pero también de preocupación, donde los cambios sociales y culturales originados por situaciones políticas y programas sociales y de salud no bien encaminados, ha permitido que muchos adolescentes y jóvenes sean protegidos; otros a decir verdad, la gran mayoría, los de niveles socioeconómico bajo queden desprotegidos.

En expectativa los jóvenes tienen mayor participación en la vida diaria del país, lo que ha permitido el enfrentamiento con generaciones que conducían su vida a reserva y sin esperar cambios; pero todas estas utopías mal interpretadas por muchos, originan que entre los jóvenes se tomen ideologías no del momento actual, sino de otras culturas. Ocasionando confusión y una involución para nuestra cultura llevando a los adolescentes a conducirse sin precaución y arriesgándose a contraer conductas que dañen sus estilos de vida y el futuro del país.

¹ Dr. Dulanto, Enrique. El Adolescente, pag. 316

² Ibid. pág. 318

Pero ¿Qué es Adolescencia?. Adolescencia es una etapa del ciclo vital humano entre la niñez y la edad adulta y que comienza con la aparición de la pubertad, el final presenta unos límites menos precisos que vienen señalados por la capacidad del individuo para incorporarse a la condición del adulto.

La O.M.S. sitúa los límites de la adolescencia entre los 10 y los 19 años, considera una primera etapa de los 10 - 14 años y una segunda de los 15 - 19 años y emplea el concepto más amplio de juventud para el período comprendido entre los 15 y los 24 años.

En la actualidad la mayoría de los programas de Educación para la Salud son dirigidos al grupo que comprende entre los 10 y 24 años, debido a la adolescencia prolongada, tardía o forzada que se vive en nuestra sociedad actual, determinada por factores socio-culturales.

La adolescencia se considera un período de crisis, de conflictos, de tensiones y contradicciones. Este período vital suele contemplarse como un problema. Conductas que típicamente suelen comenzar en la adolescencia (relaciones sexuales, consumo de alcohol y otras drogas, violencia) despiertan en la sociedad actitudes y prejuicios frente a los más jóvenes: son irresponsables, no saben lo que quieren. Sin embargo nada parece indicar que presenten más crisis personales o perturbaciones que los individuos de otras edades.³

Y es aquí, en esta etapa donde se enfrenta a profundos cambios, puesto que se trata de una etapa de reajuste y adaptación a la que la mayoría responde con éxito. Los importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales que se producen en estas edades determinan una serie de características en la adolescencia que debe tenerse en cuenta. Entre ellas destacan las siguientes:

1. La actitud crítica, el idealismo, la tendencia a ser exhibicionista, rebeldes y a sentirse incomprendidos e incommunicados.
2. La búsqueda de experiencias y sensaciones, la atracción por el riesgo, el sentimiento de invulnerabilidad y un pensamiento mágico ("a mi no me pasara").
3. La preocupación por la imagen corporal.
4. La gran susceptibilidad ante la crítica que se les hacen.
5. El ser una etapa de adopción de valores.
6. La necesidad de independencia respecto a la familia y la gran dependencia de grupos de iguales.
7. El inicio de relaciones sexuales con otras personas.

Pero es cierto también que muchos de estos cambios son parte de un aprendizaje en el proceso de sociabilización, el cual tiene por objeto asegurar la conformidad del nuevo miembro de la sociedad con los patrones de una cultura local.

Aunque podemos encontrar que algunas conductas son efectivamente culturales, tales como aquellos que muestran la expresión de la sexualidad adolescente y otros son puramente económicos, por ejemplo, la necesidad de explorar un mercado de consumidores adolescentes educados en la avidez por modas y por estimulantes como el alcohol y el tabaco.

Es decir son los propios intereses de los adultos, quienes en la actualidad, marcan cuales son los valores y conductas a seguir dejando aún lado lo indicado por los padres y profesores.

Si se acepta esta perspectiva, la pregunta de como cambiar a los adolescentes para que obtengan una mejor salud podría formularse para decir de que modo cambiar a los adultos que educan formal e informalmente a los adolescentes de manera que estos reciban una sociabilización generadora de más salud.⁴

Por lo tanto la adolescencia aparece así como el resultado de la interacción de los procesos de desarrollo biológico, psicológico y social de las personas y de las tendencias socioeconómicas y las influencias culturales específicas. Todo este conjunto genera los patrones de conducta de los adolescentes.

Por consiguiente es importante recalcar la importancia de cubrir estos sectores, no solo atacando padecimientos crónicos-degenerativos ocasionados por la vida actual, *sino saber que la única forma es prevenir*, pero llegando a lo que le interesa a los jóvenes; lo que demanda su etapa teniendo *sentido común y empatía por el profesional de salud* y así cambiar sus estilos de vida ya que sólo de esta manera es posible evitar problemas futuros.

Actualmente las estadísticas arrojan que aun los accidentes y traumatismos son la primer causa de morbilidad en el país según el INEGI 2001 y revisando la estadística de la Dirección General de Servicios Médicos 2002, nos indica datos muy parecidos, no es de dudar en que esto ocurra, porque quien pertenece al equipo de salud constata estos datos de morbilidad, sin embargo, hay que considerar que existen otros factores o problemas que están aquejando a nuestra población joven, por ejemplo infecciones de transmisión sexual, embarazos, problemas de salud mental, etc., que si bien no son las primeras diez causas de morbilidad, si es preocupante en un futuro su incremento o peor aún que no nos demos cuenta que estas conductas estén presentes, y que sean las causantes de que esto ocurra en éste país joven.

⁴ O.P.S., *La salud del adolescente y el joven*, pag. 19

Epidemiológicamente hablando se sabe cual es la morbilidad en estos grupos vulnerables pero, mas sin embargo, no se destina la importancia que este debería tener ya que los programas no se emplean en base a una necesidad socioeconómica del país, sino a una rebeldía generalizada de los adolescentes y jóvenes, obviamente ocasionada, imitada y copiada de aquellos que nos antecedieron.

Es decir, el adolescente y adulto joven son el producto de un aprendizaje socialmente condicionado a través de la cultura, sobre una base biológica, y sometido a las restricciones surgidas de los demás aspectos sociales, como la económica del país. Parte de este aprendizaje se refiere al desarrollo de las percepciones y conductas relacionadas con la salud y la enfermedad.

Por otra parte es bastante significativo descubrir que las acciones comunes de los programas institucionales, ya sean públicos, privados, de asociaciones civiles y sociales o de iglesias, responden salvo muy raras excepciones a intereses de organizaciones interventoras y sus respectivos patrocinadores, más que al de los mismos necesitados. El proselitismo y la militancia institucional de grupo y facciones, desvían casi siempre el sentido de las acciones interventoras para convertirlas en búsqueda de su propia expansión, poder o conveniencia, a veces demasiado inmediatistas y esto hace que muchos programas sociales se conviertan en virtuales opositores del interés de la población para el cual en teoría fueron concebidos. Lo mismo sucede con la participación de profesionales y "expertos" en las acciones promotoras, de asistencia y de apoyo técnico: suelen actuar con el propósito (no siempre único ni absoluto, pero sí evidente) de lograr desarrollo profesional, estatus y prestigios personales, cuando no buscan clientela que pague sus servicios y produzca excedentes una vez que han "demostrado" ser necesarios.⁵

⁵ Dr. Dulanto, Enrique, El adolescente, pág. 316

Organizaciones Gubernamentales: promoción de nuestra salud

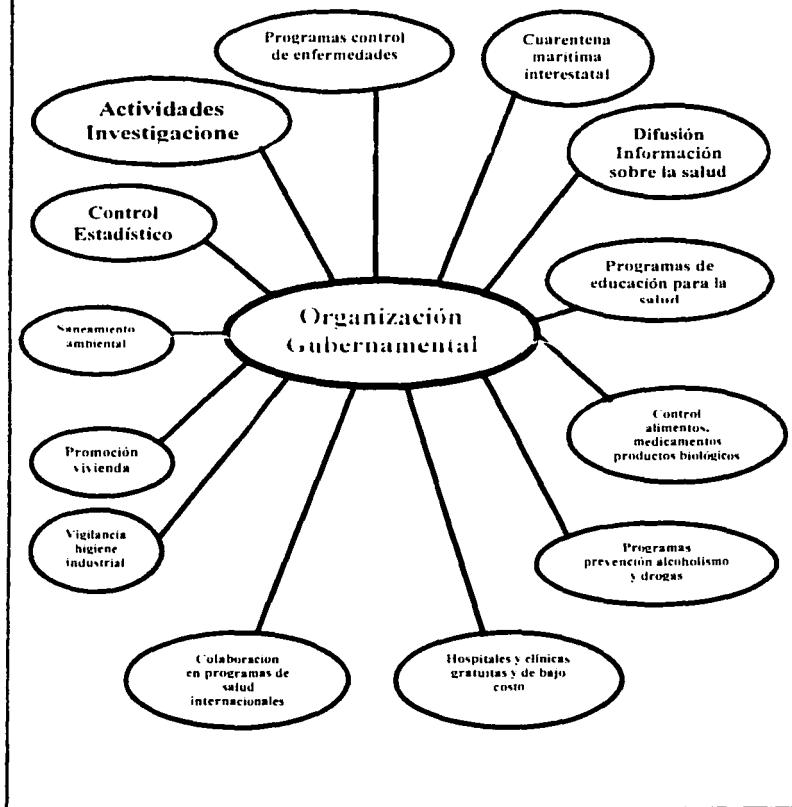


Fig. 1 Fuente: Elizondo, Leticia, Cuidemos Nuestra Salud pág. 209.

4.2 Proceso salud-enfermedad en la adolescencia y adulto joven.

Como sabemos los estilos de vida saludables o no saludables marcan el desarrollo bio-psico-social del joven, y por consiguiente es necesario conocer cual es el entorno del adolescente y adulto joven en cuanto a su proceso salud-enfermedad.

En 1978 durante la conferencia Internacional celebrada en Alma-Ata (Rusia) sobre la Atención Primaria a la Salud, se declaró, que ésta es fundamental para alcanzar la salud en todo nivel social, sobre todo invitando a los gobiernos a formular y planear estrategias, programas y políticas encaminadas al desarrollo de la salud.

Para el logro de éstas estrategias se deben tomar en cuenta las circunstancias y recursos de cada país, según su momento actual, para desarrollar medidas de promoción y prevención para la salud, a través de un alto grado de participación de la comunidad, de la familia, profesores y grupos de la salud, para así, proporcionar conocimientos, las posibilidades y motivaciones necesarias para el desarrollo y fortalecimiento de estilos de vida sanos en los adolescentes y adultos jóvenes.

La salud de las comunidades no se refiere a la supervivencia de los individuos que la componen, sino al desarrollo de todas sus potencialidades promoviendo el máximo de calidad en la vida y no sólo de cantidad de años por vivir.⁶

Los jóvenes pueden y quieren asumir mayor responsabilidad en el cuidado de su salud y su vida, y ello dependerá del comportamiento de otros (los no tan jóvenes). Éste es el reto que la sociedad tiene planteado.⁷

Si la salud de los jóvenes depende especialmente de su comportamiento, estos necesitan comprender los cambios que se producen simultáneamente en su cuerpo, mente, ambiente y relaciones sociales durante éste periodo de transición de la infancia a la edad adulta.⁸

⁶ Calvo, Socorro. Educación para la Salud, pág.16.17

⁷ Ibid. 18

⁸ Ibid. 19

Por lo tanto, es importante conocer la definición que la OMS a considerado para hablar de salud y que dice "es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social importantísimo en todo el mundo".⁹

Esta definición ha sido aceptada por todos los países pertenecientes a éste organismo, y que para fines prácticos del manual es importante que lo conozcamos ya que de éste depende conocer el entorno que envuelve al adolescente y tomar un punto de partida para conocer las causas, circunstancias o condiciones por las que aquella se produce (determinantes de salud), los criterios políticos, sociales y económicos dominantes, etc.

Pero como hoy en día la salud es modificable por su momento actual en cada país y principalmente en México, no es posible alcanzar el "completo estado de salud" por lo que se comenzó a estudiar en el Continuo Proceso Salud-Enfermedad donde se considera que la persona es dinámica, social, biológica y psicológicamente. Este continuo se manifiesta como la unidad de dos contrarios, en el sentido de que un aspecto, o elemento no puede existir sin el otro. Es decir la enfermedad ocuparía su polo positivo, en cuyo extremo se situaría el óptimo de salud; en el centro habría una zona neutra donde sería imposible separar lo normal de lo patológico, pues ambas situaciones coexisten. Tanto en el polo positivo (salud) como en el negativo (enfermedad) podrían distinguirse diferentes gradaciones de salud enfermedad.

El proceso salud-enfermedad es también un proceso ecológico ya que se dan manifestaciones y la relación entre el hombre y su ambiente, esta relación puede sufrir múltiples transformaciones y modificaciones que el hombre ha realizado en su medio de forma consciente e inconsciente, no solo desde el punto de vista cultural, a través del proceso de humanización; por lo que puede definir este ambiente como físico- social y cultural.

Este proceso en la adolescencia y adultez joven llega a ser de manera importante, ya que si no hay adaptación en algunos de los factores que aquí se describen, podría nunca darse el momento neutro en el nivel de salud y la calidad de vida de estos grupos, por lo tanto, este proceso biológico-social será determinante en el momento histórico- social del país.

⁹ Presidencia de la Republica. Coordinación General del Plan Nacional de zonas deprimidas y grupos marginados. Necesidades Esenciales de México. pág. 19. 51

Se considera que para que se dé un equilibrio dinámico en este proceso, se tomarán en cuenta: 1. El potencial genético y las características físicas del individuo, 2. La capacidad de adaptación del hombre y de la población a su ambiente, y 3. Las características del medio, como factores de riesgo o potenciadores de salud.

4.3 Determinantes de salud en la adolescencia y adulto joven. Factores de riesgo y protección.

Tanto la salud como la enfermedad son altamente influenciadas por factores sociales, culturales, económicos y ambientales. Todos estos factores actúan en el punto neutro del continuo proceso salud-enfermedad determinando la salud o enfermedad ya sea de manera positiva o negativa de acuerdo a la mala o buena calidad.

Con la inquietud de encontrar un equilibrio dentro del proceso, diferentes estudiosos del tema se toparon con el problema de encontrar las causas, condiciones o circunstancias que determinaba el nivel de salud del individuo y de la comunidad es decir, determinantes de salud. Estos determinantes tienen la característica de pasar de un lado a otro de la línea que divide la salud-enfermedad.

Algunos autores como Marc Lalonde ministro canadiense (1974) señala que el nivel de salud de una comunidad estaría influida por cuatro grandes grupos de determinantes:

1. Biología humana (constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento) - Que en este momento actual se considera como factores modificables gracias a los nuevos descubrimientos genéticos, diagnósticos y terapias basadas en la biotecnología.
2. Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
3. Estilos de vida y conductas de salud (drogas, sedentarismos, alimentación, estrés, violencia, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sociosanitarios).

Los factores que constituyen el grupo 2 (medio ambiente) y el grupo 3 (hábitos de vida y conductas de salud), tiene una clara relación entre la clase social y la presentación de distintas enfermedades; hábitos y factores de riesgo.

Y su tercer grupo de Determinantes habla sobre los comportamientos que actúan negativamente sobre la salud, a los que el hombre se expone voluntariamente y sobre los que podría ejercer un mecanismo de control, entre los más importantes menciona:

1. Consumo de drogas: institucionalizadas (tabaco, alcohol), ilegales (cocaína, marihuana, heroína, etc.) y fármacos psicoactivos.
2. Sedentarismo y falta de ejercicio.
3. Mala alimentación, con consumo excesivo de azúcares y grasas de origen animal.
4. Situaciones psíquicas morbígenas; situaciones de estrés, violencia, conducta sexual insana, conducción peligrosa.
5. Mala utilización de los cuidados médicos.

En 1999 Tarlov clasifico los determinantes de salud en cinco niveles.

- Nivel 1. Determinantes biológicos, físicos y psíquicos.
- Nivel 2. Determinantes de estilos de vida.
- Nivel 3. Determinantes ambientales y comunitarios.
- Nivel 4. Determinantes del ambiente físico, climático y contaminación ambiental.
- Nivel 5. Determinantes de la estructura macrosocial, política y percepciones poblacionales.

Según Tarlov dice que a estos niveles el genotipo del individuo se desarrollaría a través de una serie de cambios perniciosos o beneficiosos, el estrés, las condiciones sociales, el medio ambiente, las circunstancias socioeconómicas, el sistema de cuidados sociales y de salud pública.¹⁰

Por lo tanto la influencia interrelacionada de todos estos factores, cuando son favorables, llevarían al adolescente y adulto joven a una mejor situación de salud y calidad de vida.

En resumen definimos que las determinantes de salud son aquellas características que puede haber en una población y que rodean el entorno de los jóvenes y que son las causas fundamentales de la salud.

¹⁰ Gil. Piedrola. Medicina Preventiva y Salud Pública. 2001 . pág.13-14

Por consiguiente, los factores de riesgo y protección nos indican que es la probabilidad de sufrir un daño o el mecanismo no sólo de prevenirlo, sino también para promover la salud cuando se actúa con anticipación.

Se denomina *factores protectores* a las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan el logro de la salud integral del adolescente y sus relaciones con la calidad de vida y el desarrollo de estos como individuos y como grupo. Algunos de estos factores pueden radicar en las personas mismas: son las características, logros o atributos presentes antes, durante y después de la adolescencia; otros pueden estar presentes y operar en el ámbito de la familia; otros aparecen como características del grupo o de las comunidades y sus organizaciones, en los programas de los diversos sectores de beneficio social (salud, educación, trabajo, recreación, promoción social, legislación, justicia, comunicaciones, etc.), y otros más son el resultado de decisiones y políticas a beneficio de generaciones de adolescentes.

Por lo tanto *Factores de Riesgo* indica las características o circunstancias que produzcan un daño o resultado no deseado.

A continuación se mencionaran los factores más importantes para el autocuidado del adolescente y adulto joven.

Factores de protección:

1. Estructura y dinámica familiares congruentes con los procesos básicos y las funciones de la familia.
2. Familias y sociedad dispuestas a trabajar por una niñez, adolescencia y juventud saludables.
3. Políticas sociales efectivas que privilegien la salud integral, el bienestar y el desarrollo humano.
4. Desarrollo de sistemas de servicios de salud y de otros sectores que contribuyan a la satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y socioeconómicas de los adolescentes y los jóvenes de ambos sexos.
5. Microambientes familiares, escolares, laborales, deportivos y recreativos que sean saludables y propicios para el desarrollo de la gente joven de ambos sexos.
6. Niveles crecientes de autocuidado y de responsabilidad en los dos sexos en relación con su salud reproductiva.
7. Ayuda mutua y existencia y uso adecuado de redes sociales de apoyo.
8. Igualdad creciente de oportunidades para el logro de la salud, el bienestar y el desarrollo.
9. Comunicación oportuna y efectiva entre adultos y adolescentes y jóvenes.
10. Autoestima y sentido de pertenencia e identidad grupales.



"Es de vital importancia conocer todos aquellos aspectos que condicionan las conductas y estilos de vida de los jóvenes"



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fig. 2 Fuente: Conger, John, Adolescencia Generación presionada.

11. Perspectivas de construir proyectos de vida viables.
12. Escalas de valores congruentes con un desarrollo espiritual adecuado, en las que el amor, la verdad, la libertad, el respeto, la responsabilidad, la religiosidad, la moral y otros valores, se practiquen debidamente y en los ambientes apropiados.
13. Políticas y planes efectivos de promoción de la paz y la armonía para reducir la violencia intra y extrafamiliar que afecta sobre todo a los miembros más vulnerables: los niños, los jóvenes, las mujeres y los ancianos.
14. Promoción de investigaciones que permitan identificar las necesidades y mecanismos capaces de disminuir los problemas emergentes, incluyendo en forma prioritaria el refuerzo de las defensas endógenas y exógenas frente a la exposición a situaciones traumáticas y de estrés en niños y adolescentes (resiliencia).¹¹

Factores de Riesgo:

1. Olvidar el autocuidado de la salud.
2. Accidentes.
3. Infecciones.
4. Dieta insuficiente o no balanceada.
5. Falta de ejercicio físico.
6. Hábito alcohólico.
7. Hábito tabaquico.
8. Adicción a las drogas.
9. Parafilias (desviaciones sexuales)
10. Conflictos emocionales.¹²

En resumen, es de vital importancia conocer todos aquellos aspectos que condicionan las conductas y estilos de vida de los jóvenes; pensando en ellos y pensando como ellos, identificar que es lo que a ellos les importa y que es lo que no jerarquizan según sus intereses, y así evitar en lo mayor posible factores que pongan en riesgo su salud y orientarlos a su cuidado y autoprotección, para que se mantengan en la neutralidad de la salud y enfermedad.

Una de las estrategias para favorecer estos cambios es aplicando la Educación para la Salud, pero desde un enfoque de Enfermería, tomando como base, el hecho de ser un Ser Humano y que tuvo que atravesar estas etapas y segundo de acuerdo a la formación profesional de la Lic. En Enfermería y Obstetricia.

¹¹ O.P.S., La salud del Adolescente y del joven, pág. 8

¹² Dr. Vargas, Armando, Educación para la salud, pág. 38

4.4 Perfil de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

El egresado de alguna de las carreras de la Universidad Nacional Autónoma de México, tiene como propósito fundamental ser competentes e informados, dotados de sentido social y conciencia nacional para vincularse a las necesidades del país, y participar con una perspectiva crítica en la promoción de los cambios y transformaciones requeridos por la sociedad.

Y en relación a la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, conforme a los principios de docencia derivados de la Ley Orgánica, los egresados de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO, deben distinguirse por un desempeño profesional que contribuya a solucionar los problemas del área de la salud que afecten a las grandes mayorías, proponiendo e impulsando las transformaciones que deriven en una sociedad más sana, justa y democrática.

Es importante conocer el perfil de la carrera para responsabilizarnos del compromiso que se adquirió al concluirla, además de estar comprometidos a trabajar con ética, eficacia y profesionalismo en beneficio personal y de la sociedad.

Por citar los puntos más importantes de este perfil, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia se caracteriza por su capacidad de:

- Analizar la evolución histórica y prospectiva de la atención a la salud en México para reconocer los factores que han determinado la práctica real de enfermería y ubicar su rol profesional posible en el campo de la salud.
- Comprender los factores sociales, económicos, culturales y ecológicos que condicionan el proceso salud-enfermedad a fin de analizar la realidad nacional y los problemas prioritarios de salud en relación con la estructura del sector salud, las políticas y las estrategias de acción en virtud de definir su nivel de participación como integrante del equipo de salud en la práctica institucionalizada y en el ejercicio libre de la profesión.
- Interpretar críticamente los programas de salud a nivel nacional, estatal y municipal para ubicar la participación de enfermería en el nivel estratégico, táctico y operativo; su función real y posible en los tres niveles de atención; y su contribución en el fortalecimiento de las acciones de atención primaria.
- Participar, multiprofesional e interprofesionalmente, en las acciones que se deriven de los programas prioritarios del sector salud,...., a la promoción de la salud y al fomento e integración de esfuerzos comunitarios para la solución de problemas sectoriales que tienen que ver con la salud.

- Aplicar los métodos clínico y epidemiológico con enfoque social para conocer y delimitar la interacción de los factores que ponen en riesgo la salud del individuo, la familia y la comunidad en sectores específicos; así mismo diseñar programas integrales tendientes al mejoramiento del nivel de salud y del bienestar.
- Diseñar, ejecutar y evaluar programas de educación para la salud, dirigidos a individuos y grupos sociales, mediante estrategias de aprendizaje que modifiquen hábitos y estilos de vida, que incrementen el capital cultural para la conservación de la salud y que propicien la autosuficiencia en su cuidado.
- Desarrollar una autoridad profesional que propicie su integración al equipo interprofesional para involucrarse en la planeación de los servicios de salud, la toma de decisiones en el campo de la enfermería y en la coordinación del trabajo de técnicos, auxiliares y promotores de la salud.
- Aplicar la metodología de la investigación en el ámbito clínico, educativo y comunitario para conocer, explicar y predecir los fenómenos relacionados con el proceso salud-enfermedad a fin de proponer alternativas de enfermería tendientes a mejorar la calidad de la atención de la salud.
- Actuar durante el desarrollo de su práctica con estabilidad emocional, sustentada en valores éticos y principios humanísticos.
- Acrecentar su cultura con un permanente deseo de superación y actualización profesional.¹³

Considerando el compromiso adquirido en esta profesión, el campo de acción del Licenciado en Enfermería y Obstetricia es muy amplio ya que puede abarcar todos los sectores de la población.

¹³ UNAM - ENEO . Plan de Estudios, pág.25-27

4.5 Educación para la Salud en Enfermería.

Una de las formas de llegar a uno de estos sectores de importancia (Los Jóvenes), es a través de la educación para la salud. Esta ciencia enseña nociones médicas, higiénicas, ecológicas y sociales para beneficiar la salud, y favorecer el bienestar y desarrollo de la persona, así como de su familia y comunidad y además tiene por objetivo enseñar, proteger, promover y restaurar la salud.

Para comprender ésta definición se dice que la educación para la salud es uno de los instrumentos que utiliza la promoción para la salud, y básicamente pretende facilitar los cambios de comportamiento hacia conductas más saludables y que eliminen factores de riesgo, además de que supera la misma definición que la OMS a considerado para explicar la salud, porque se considera que la promoción para la salud incluye todas las acciones tendientes a conseguir ese ideal: alimentación, vivienda, educación, empleo, condiciones económicas, recreación, descanso, cultura, ausencia de enfermedad, etc.

El personal de salud no puede influir básicamente en muchos de los factores de bienestar, pero sí está dentro de sus atribuciones instruir y educar, no solamente para evitar las enfermedades, sino para contribuir a que los individuos, las familias y la colectividad disfruten de una alimentación equilibrada, de una vivienda saludable, de buenas condiciones de trabajo, y del descanso y recreación necesarios, y aún más, para que ellos mismos participen activa y conscientemente para elevar su nivel de vida.

" La actividad básica que enfermeros (as) y médicos deben realizar para promover la salud es la educación".¹⁴

Por lo tanto la Educación para la Salud como instrumento básico del profesional de enfermería, dice, que es la transmisión de conocimientos relativos a la salud individual o colectiva, que tiene como objetivo hacer al sujeto activo y responsable en todos los procesos, ya sean de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y reinserción, relacionados tanto con su salud, como con la de su familia y comunidad.

El objetivo fundamental de la Educación para la Salud es incrementar en la población la cultura de la salud.

¹⁴ Gil, Piedrola. Salud pública y medicina preventiva, pag. 11

Para ampliar más este término, nos dice que la **Educación para la Salud** va a otorgar oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta encaminadas hacia una meta predeterminada. Se trata fundamentalmente de una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promuevan la salud.

La Educación para la Salud se convierte así en un potente instrumento para el cambio. Para ello es necesario que su contenido incluya informaciones que, por ejemplo, demuestren viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios ambientales, económicos o sociales que favorezcan la salud.

En resumen la Educación para la Salud, es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables.

Por lo tanto para crear la participación activa de la población es necesario ampliar sus conocimientos acerca de la salud y la enfermedad, que se conozcan los riesgos de enfermar para que los eviten, que se adquieran determinados hábitos y prácticas saludables, que se sepan las posibilidades que individual y colectivamente se tienen para promover la salud de su medio.¹⁵

Entonces la Educación para la Salud deberá sustentarse en las teorías del proceso de enseñanza-aprendizaje, donde el aporte de la pedagogía sobre métodos y medios para transmitir la información se sumen los aportes de la psicología acerca de la transformación de patrones culturales, la adquisición de nuevos conocimientos o los cambios de conducta.

La Educación para la Salud debe alejarse de concepciones simplistas, en las que la buena voluntad prima sobre la pedagogía y en las que cualquier persona, por el simple hecho de desearlo, realice, sin preparación alguna, la tarea del educador.

Se plantean dos formas de educación para la salud:

- Educación sanitaria informal
- Educación sanitaria formal

1. Educación sanitaria informal

La recibida desde el nacimiento, en la familia por la vía de tradición, en la calle, en la sociedad en la que vive. En ella se incluyen mitos, técnicas sanitarias, prejuicios, miedos, prácticas, habilidades y actitudes.

¹⁵ Anton, Ma. Victoria. Enfermería y Atención Primaria de Salud, pag. 66-67, 75-76

2. Educación sanitaria formal.

Aquella que proviene del sistema sanitario u otro sistema, laboral, escolar, etc. Sigue una programación con objetivos concretos y con una metodología más o menos simple o sofisticada.

Por estas dos vías se va conformando en el individuo la cultura de la salud. Esta cultura incluye su propia concepción de la salud, de la vida, de la muerte, de las minusvalías, la locura, y no es sólo conocimiento de determinadas prácticas sanitarias.

Y además se dice que la educación para la salud se puede llevar a cabo de la siguiente forma:

- Espontánea. En la relación individual y/o familiar, ya sea en la consulta, en la visita domiciliaria, en el hospital, en cualquier lugar donde el profesional entre en contacto con el usuario.
- En programa. Estos programas pueden ser específicos de educación para la salud, o programas que con otros objetivos llevan implícita la educación sanitaria.

Y los métodos y los medios para la educación para la salud deben condicionarse, por tanto, a:

- El contenido educativo.
- El receptor de la educación.
- El coste económico, de personal y tiempo, en donde se incluirán: folletos, trípticos, radio y televisión, cursos y cursillos, charlas, entrevistas, consejería, etc.

Es decir, que la forma de llevar a cabo la educación para la salud, se puede dividir en métodos directos o métodos indirectos.

Métodos Directos.

En éstos métodos existe contacto directo entre el agente de educación sanitaria y los educandos. Se utiliza la palabra hablada, la cual constituye el primer medio y el más efectivo con que siempre ha contado la educación. Como complemento de la palabra hablada, pueden utilizarse ayudas técnicas (pizarra, transparencias, diapositivas, videos, etc.).

La principal ventaja de los métodos directos radica en que el contacto directo del educador y el educando facilita la aclaración por parte del educador, de las dudas o problemas que pueden presentársele al educando.

Métodos Indirectos.

En éste tipo de educación se utiliza la palabra hablada o escrita, o la imagen, pero interponen entre los educandos y los educadores una serie de medios técnicos: los medios de comunicación de masas.

Los medios de comunicación de masas utilizadas en la acción directa son, fundamentalmente, de tres órdenes: visuales (carteles, folletos, cartas circulares, periódicos, internet), sonoros (radio) y mixtos audiovisuales (cine, vídeo, televisión). Con estos medios de comunicación, a diferencia de los métodos directos, no se establece una relación cara a cara entre el educador y el educando, lo cual hace que no sea posible el reflujo de la información, con lo que la eficacia de la comunicación es menor.

Hoy en día se acepta que, en el campo de la educación sanitaria, los medio de comunicación de masas tienen los siguientes efectos:

1. Incrementan los conocimientos de la población sobre el tema. Es decir, son útiles para informar y sensibilizar a los grupos y colectivos, sobre los hábitos insanos objeto de la intervención educativa.
2. Reforzan las actitudes previamente sostenidas, pero no sirven para cambiar las actitudes contrarias firmemente arraigados.
3. Pueden dar lugar a cambios de conducta, pero sólo cuando exista una predisposición previa a la acción.¹⁶

En la educación para la salud deben seguirse las siguientes fases:

1. Definir los objetivos que se quieren alcanzar. Objetivos generales y objetivos específicos.
2. Conocer la población a la que va dirigida: su nivel de conocimientos, sus motivaciones.
3. Elaborar los contenidos educativos pertinentes a los objetivos definidos.
4. Adaptar los mensajes a la estructura cognoscitiva de los receptores, conceptos, definiciones, cantidad de información, etc.
5. Apoyar la información en métodos audiovisuales siempre que sea posible.
6. Evaluar previamente en equipo los contenidos y los medios a utilizar.
7. Evaluación constante, global y específica de todas las tareas educativas.

¹⁶ Gil.Piedrola. Medicina Preventiva y Salud Pública. pag. 233-236

Para que el profesional de enfermería lleve a cabo la función de educador para la salud se contempla lo siguiente:

a) Para la educación para la salud, individual y/o familiar, será necesario el dominio de los contenidos profesionales y conocimientos acerca de:

- Relación enfermería-paciente.
- La técnica de la entrevista.
- El proceso de enseñanza-aprendizaje.

De esta forma se despertará una actitud de educador, una actitud para crear una relación con el ciudadano que le permita el intercambio de información, así como la habilidad para descubrir necesidades concretas de educación y amoldar su mensaje al nivel de conocimientos del que escucha.

b) Para la educación para la salud a grupos o colectivos pequeños, que participan en programas y a los que se les dan determinadas informaciones en forma de charlas o cursillos. El profesional, además de los conocimientos anteriormente descritos, precisará:

- Técnicas de dinámica de grupos.
- Utilización de medios audiovisuales.
- Elaboración de una información.
- Métodos de evaluación.

c) Educación para la salud a maestros, trabajadores y responsables de grandes grupos. Para la elaboración de cursos, elaboración de materia audiovisual, etc., el profesional precisa una preparación específica como educador con conocimientos de:

- Planificación educativa.
- Conducción a grupos.
- Motivación.
- Evaluación.

d) Educación para la salud a la población en general mediante métodos divulgativos, carteles, videos, manuales, folletos, etc. En estos casos el enfermero trabajará con profesionales de la salud, especialistas en educación para la salud, con el apoyo de profesionales de otros campos: dibujantes, publicistas, trabajadores sociales, psicólogos, etc. ¹⁷

¹⁷ Antón, Ma. Victoria. Enfermería y Atención Primaria de Salud, pág. 65-76

Como ya se dijo, la educación para la salud es un pilar para la promoción de la salud.

Educar para la salud es ayudar a la adaptación voluntaria de los comportamientos de las personas, a través de la combinación de experiencias de aprendizaje que mejoren su salud. Se basa en el fomento de estilos de vida saludables.

Por consiguiente es importante que el educador para la salud deba tomar en consideración los siguientes puntos:

1. Conocer lo menor posible, lo que el individuo, la familia y la comunidad saben y hacen en relación con la salud y la enfermedad.
2. Determinar los recursos que pueden utilizarse en la educación para la salud.
3. Tener presente que no basta con que la gente capte un mensaje o una idea, lo importante es que adopte actitudes y conductas favorables para la salud.
4. Los cambios de conducta y hábitos no son fáciles de lograr; se requiere de múltiples esfuerzos y acciones, según el caso, que creen conciencia plena del problema, que formen nuevas actitudes en relación al mismo y, sobre todo, determinen una nueva conducta para prevenir la enfermedad o para solucionar el problema.
5. La educación para la salud debe ser una acción programada con metas precisas y en apoyo a situaciones concretas. No se piensa que con mensajes aislados e imprecisos pueda lograrse cambios de conducta. Es necesario definir bien lo que se desea que se haga y por qué.
6. Las motivaciones para forjar nuevas conductas deben sustentarse en las necesidades, intereses y posibilidades existentes. Es más fácil motivar, si la motivación se encuentra en los propios intereses y valores de la comunidad.
7. Los medios auxiliares deben utilizarse como apoyo a los procedimientos básicos y no aislados.
8. Todo material de apoyo debe examinarse previamente, para juzgar si es adecuado para el tema que se vaya a impartir.
9. Es muy importante conocer y tomar en cuenta las características de los educandos, tanto desde el punto de vista individual, familiar y social.

Una vez tomadas estas consideraciones debemos recordar que la educación para la salud debe promover cambios de conducta individuales y en grupo. Por lo tanto, la participación en *programas de educación para la salud* permiten a cada persona integrarse a *grupos* sociales que le permitirá satisfacer determinantes necesidades, participar en actividades conjuntas, expresar sus sentimientos y opiniones, compartir experiencias, afrontar problemas o superar situaciones. Al mismo tiempo, le aporta seguridad al sentirse protegido por los demás miembros, construyendo así su propia identidad. Todo ello unido a que el individuo es un ser gregario por naturaleza, es la motivación que impulsa a las personas a integrarse en determinados grupos sociales.

En los grupos de educación para la salud no sólo interesa que sus miembros adquieran una serie de conocimientos, sino que se produzca en ellos una actitud positiva ante la salud, favoreciendo el cambio y mantenimiento de hábitos saludables.

Cuando se propicia la educación para la salud en grupo, éste, permite al sujeto encontrar el refuerzo, el contraste, el aliciente para seguir manteniendo la propia consistencia vital y las ganas de seguir viviendo, pese a las contradicciones de una vida aparentemente sin sentido e incluso profundamente dolorosa. "Resiliencia".

El enfoque del trabajo con grupos incide en un planteamiento más comunitario de la salud, que permite superar el aislamiento individual, posibilitando el incremento del compromiso de todos los integrantes del mismo

Es decir, la constitución de grupos con fines educativos se sustenta en la teoría de aprendizaje en interacción, no sólo con el educador como conductor del proceso, sino por la relación entre iguales a través de la cooperación y de la comunicación. Los miembros del grupo tienen conocimientos iguales o similares, comparten proyectos y experiencias adaptando sus puntos de vista; se ayudan en la búsqueda de soluciones haciendo surgir motivaciones e intereses comunes, etc.

El aprendizaje cooperativo hace que exista una mayor atracción positiva interpersonal entre los miembros del grupo, incrementa la cohesión grupal así como la autoestima y facilita un autoconcepto más positivo. A través de un proceso de aprendizaje mutuo o reflexivo, las personas desarrollan capacidades para definir sus problemas y necesidades.

Es responsabilidad de la persona que dirige o coordina el grupo educativo, el procurar crear entre los miembros y con los miembros del grupo, un clima que les permita canalizar su dinamismo y que, al mismo tiempo, favorezca un aprendizaje eficaz. No puede olvidarse que la persona que lo dirige educa a través del grupo que es capaz de crear; además, hay que señalar que es el propio grupo el que, a través de sus interrelaciones, permite que cada miembro desarrolle sus potencialidades.

Algunas características que presentan los grupos de educación para la salud, servirán para orientarlos hacia la configuración de éstos y beneficiarse de sus ventajas y aportaciones, tanto los integrantes como los profesionales que trabajen con estos grupos.

- La primera característica en la que debemos centrarnos es el número de componentes del grupo, los especialistas del tema sugieren que el número óptimo que favorece los intercambios y relaciones intragrupos se alcanza con 15 personas, para no correr el riesgo de que éste se fraccione en subgrupos; al mismo tiempo favorece la disminución de las interacciones, así como la motivación y satisfacción de sus componentes. También existe la posibilidad de pasar más inadvertido y que se produzca en los miembros ciertos despiste y desarraigo.

- Otra característica de los grupos es que sus miembros interactúan entre sí. Para potenciar éstas lo primero que debe considerarse que el lugar de celebración de las sesiones esté libre de ruidos, que la temperatura, luminosidad y ventilación sean las adecuadas; así como la disposición del espacio físico entre los integrantes del grupo, lo ideal es que ésta sea en círculo favoreciendo así tanto la comunicación verbal como la no verbal.

- La dinámica interna del grupo es otro de los elementos de gran influencia, y debe existir una comunicación libre y espontánea, la interpelación intragrupal es el papel del coordinador o moderador el cual estará en función del estilo de liderazgo que asuma. Para que los grupos cumplan estas características los objetivos deben estar bien definidos y consensuados por sus miembros.

El grupo comparte valores, normas y creencias. Ante esto, el moderador debe de proporcionar al grupo una serie de normas que les regirá, las cuales deben ser aceptadas por sus integrantes. En cuanto a los valores y creencias el grupo se irá construyendo y aceptando en el transcurso de su propio desarrollo, así como las siguientes características las cuales se irán haciendo presentes en la medida que el grupo vaya madurando y configurándose como tal: se identifican entre ellos como miembros del grupo, está presente el sentimiento de pertenencia al mismo y se perciben como un colectivo, con reconocimiento o identidad social propia.

También se debe considerar la homogeneidad o heterogeneidad del grupo, en cuanto a edad, nivel educativo, cultural y clase social. La homogeneidad favorece la cohesión interna del mismo y la heterogeneidad la presencia o aparición de fuerzas de cambio en el grupo, la conveniencia de una u otra característica estará en función de objetivos del grupo, buscando el equilibrio entre ambas si fuera preciso.

Los grupos pueden constituirse a partir de determinados grupos de riesgo, por ejemplo, padres adolescentes, padres de niños usuarios con enfermedades crónicas, o bien derivados de la etapa del ciclo vital en la que se encuentran; o por sus características sociales, o derivado de un problema de salud específico. No debe olvidarse que para afrontar las alteraciones y recuperar la salud debe adiestrarse a los diferentes miembros del grupo en su autocuidado, obteniéndose así mejoras en la calidad de vida de las personas.

Lo que estimula a los seres humanos a integrarse en un determinado grupo se ha explicado a partir de cuatro factores: la integración ambiental, integración comportamental, integración afectiva e integración cognitiva.

Integración ambiental: Entendiéndose el ambiente como medio físico, cultural y social, hace referencia no sólo a la proximidad física de las personas, sino al hecho de que compartir actividades sociales, culturales, de ocio, favorece el encuentro entre ellas. Puede considerarse una condición previa a la formación del grupo.

Integración Comportamental: Se explica a partir de la interdependencia de las personas como medio para satisfacer sus necesidades. Existen diferentes motivos por los que las personas se agrupan, unos se agrupan por las expectativas que genera el grupo para conseguir la máxima recompensa, otros por la búsqueda de un reconocimiento social mayor al pertenecer a un grupo determinado; por último, hay personas que por su inseguridad o por compartir determinados problemas buscan integrarse en un grupo, lo cual origina grupos de apoyo y autoayuda.

Integración afectiva: Surge a partir de sentimientos compartidos, que pueden estar basados en ideales, en determinadas actividades, etc.

Integración Cognitiva: Se centra en el reconocimiento de características afines que definen la personalidad de las personas que integran el grupo, las cuales perciben que existe alguna semejanza entre ellas, como por ejemplo, profesionales, determinados ideales, o filosofía de vida u otras características. Se agrupan bien para enfatizar esas semejanzas, bien para conseguir algún éxito, o bien por ser poco comunes en el entorno donde viven. Estos grupos son los que desarrollan mayor conciencia grupal.

Las diferentes etapas y aspectos que contemplan la integración del individuo en el grupo han sido explicados a través de la denominada "socialización grupal". Esta hace referencia no sólo a la influencia que ejerce el grupo en la persona sino que también recoge la influencia de ésta en el grupo; lo cual se considera un proceso abierto y dinámico. La socialización de grupo consta de tres fases ordenadas temporalmente; evaluación, compromiso y cambio de rol.

Evaluación: Es la que inicialmente realiza el individuo con respecto al grupo, para averiguar si éste puede cubrir sus expectativas, necesidades y recompensas personales. Igualmente lo realiza el grupo respecto al individuo, evaluando las posibles aportaciones de éste para conseguir determinados objetos. Como consecuencia de la evaluación permanente bidireccional se producen diferentes niveles de compromiso individual respecto al grupo, además de que pueden ser la raíz de los conflictos intragrupo, también las innovaciones pueden verse favorecidas por dicha evaluación. Mediante esta evaluación, el grupo y sus miembros desarrollan una actitud crítica intragrupo.

Compromiso: Cuando se produce cierta convergencia en la evaluación de ambos (individuo y grupo) se entra en la fase de compromiso que el individuo adquiere con el grupo y viceversa, basada en los sentimientos que le unen al grupo. El compromiso mutuo tiene cuatro consecuencias que van ligadas a éste de forma directa y positiva: el consenso, la cohesión, el control y la continuidad grupal.

Cambio de rol: La última fase en la socialización del grupo es el cambio o transición del rol que pone de manifiesto los diferentes niveles de pertenencia al grupo. Las interacciones personales que se producen en el grupo son más reguladas, la evaluación que hace el individuo y el grupo es más negativa y el compromiso del individuo hacia el grupo y viceversa se ve disminuido; como consecuencia de todo ello se hará presente el conflicto intragrupo, y su resolución pasará por el cambio de rol de sus miembros.

Uno de los retos más importantes con los que uno se enfrenta a la hora de coordinar o dirigir un grupo es el de modular la participación de sus miembros, ya que el papel o rol que desempeñen algunos de ellos puede influir de manera negativa en el desarrollo y evolución no sólo de las sesiones educativas, sino del propio grupo.

Los roles que se presentan más comúnmente en los grupos son los siguientes:

El impetuoso: Es seguro, se cree en posesión de la verdad, quiere demostrar que sabe más que los demás y que las únicas soluciones válidas son las suyas; sistemáticamente ignora el punto de vista de los otros miembros. La estrategia que debe seguirse con él es situarle en un extremo del grupo, a ser posible cerca de la persona que dirige la sesión, la cual debe evitar enfrentarse sola a él. Aquí es importante pedirle que acepte el punto de vista del grupo y, si es necesario, hablar más tarde con él en privado.

El prudente: Dice lo que tiene que decir en el momento oportuno, sabe escuchar, es la persona ideal para el buen desarrollo del grupo. La estrategia consiste en no olvidarle e invitarle a participar en un momento determinado.

El eterno dubitativo: Plantea dudas e interrumpe constantemente. Como estrategia debe situarse al lado del prudente, y devolver la pregunta al grupo (llamada pregunta reflector o espejo) y en algún momento a él mismo (es la denominada pregunta-eco).

El charlatán: Le encanta hablar y hablar, apartándose a veces del tema que se está tratando, el tiempo de su intervención no está relacionado con las aportaciones hechas. Como estrategia se le puede dejar hablar durante 2 o 3 minutos y cuando haya finalizado o esté inspirando, aprovechar la ocasión para que, en dos palabras, resumir lo que él ha dicho o indicarle que se ha alejado del tema objeto de la sesión. Hay que pedirle cuando convenga que formule preguntas concretas. Otra forma de modular su intervención es que el coordinador se sitúe detrás de él, dejando así de hablar.

El tímido o callado: Es una persona a la que le cuesta intervenir, sin que esto signifique que no tenga nada que aportar. La estrategia que se plantea es invitarle, con delicadeza y sin mucha insistencia, a que exprese sus ideas; hacerle preguntas sencillas y asentir con la cabeza en su intervención, enfatizar lo que han dicho e intentar aceptar alguna de sus sugerencias.

El distraído: Tienen la mente en otro lugar o en otro tema, a veces habla de cosas que no tienen relación con el tema que se está tratando, distrayendo así a los demás miembros del grupo. Como estrategia es conveniente situar al lado de la persona con más influencia en el grupo pedirle, su opinión ante alguna de sus intervenciones.

El listillo: Es el que se lo sabe todo, se cree ingenioso y gracioso. La estrategia será ayudarnos del grupo para controlarse, reforzando la confianza del mismo; puede además solicitarse al grupo que de su opinión ante alguna de sus intervenciones.

El saboteador: Es condescendiente en un primer momento, agradece, reconoce aportaciones y a continuación pone objeciones, críticas, presenta indignación fingida, sus intervenciones son largas, interrumpe, utiliza la comunicación no verbal, da mensajes mixtos (comunicación paraverbal) e información suficiente, suele dejarse de todo. Es la persona más "peligrosa" de todos los miembros del grupo; a veces este rol no es asumido por la misma persona. Como estrategia se propone fijar las normas de la sesión previamente (duración de las intervenciones, frecuencia, etc.), involucrar al grupo; pedir más información a su intervención, intervenir rápidamente de manera firme, a ser posible otro miembro del grupo. recordar las normas en el transcurso de la sesión si fuera preciso, y, si sus quejas son repetitivas, proponerle abordarlas en privado, por la escasez de tiempo disponible.¹⁸

Debido al juego de fuerzas que interactúan en los miembros del grupo se producen en su interior una serie de fenómenos psicosociales, los cuales se conocen como dinámica de grupo.

Cada persona aporta al grupo su propia personalidad, con sus miedos, sus temores, expectativas, etc., que a su vez interactúan con el resto de los miembros, aportando cada uno de ellos, de la misma manera, su propia personalidad.

Uno de los elementos determinantes de la dinámica grupal son las relaciones interpersonales que se establezcan entre sus miembros. De las condiciones en las que se desarrolla el grupo, hay que considerar dos aspectos importantes. En primer lugar, debe procurarse un ambiente que facilite la participación y las interacciones entre los miembros. En segundo lugar, no debe olvidarse que el trabajo grupal es un proceso, que debe permitir a los diferentes miembros del grupo descubrir y expresar sus necesidades; así mismo, debe rentabilizar al máximo las ideas, sentimientos y la manera de pensar de cada persona; también se han de aceptar como positivas las diferentes aportaciones de cada miembro; así como reconocer el derecho de la persona a equivocarse.

¹⁸ Frias, Antonio. Salud pública y Educación para la Salud, pág. 375-379

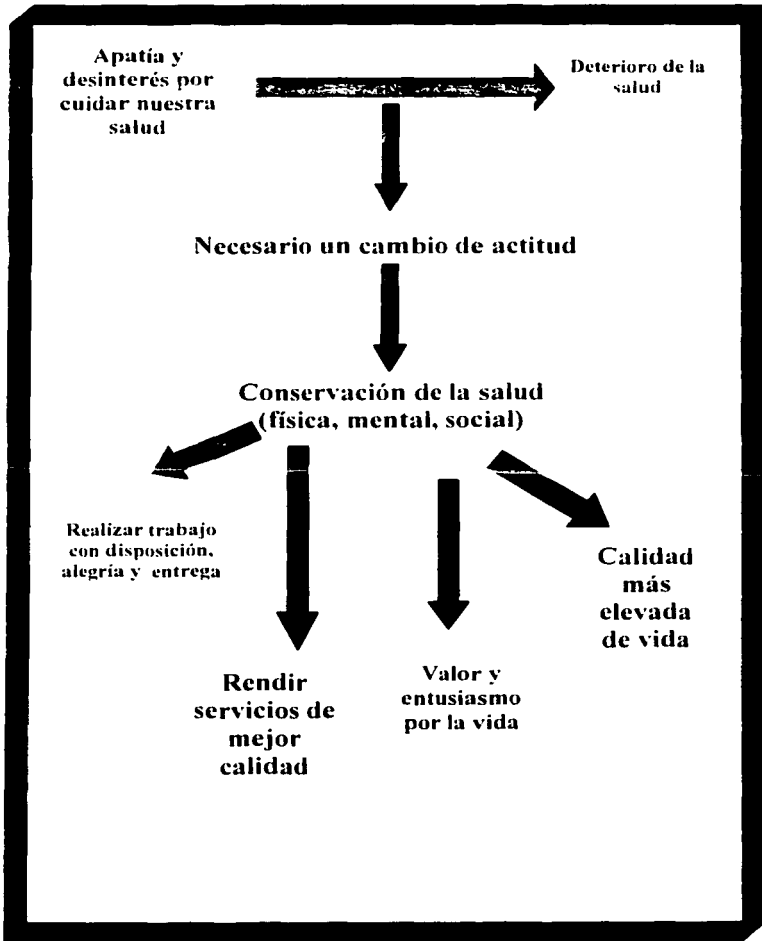


Fig. 3 Fuente: Elizondo Leticia, Cuidemos Nuestra Salud

4.6 Funciones del Enfermero (a) en Educación para la Salud

En la enfermería sanitaria, se dan cita las funciones de abogado, consultor, suministrador de servicios y educadora, se proyecta fuera de los muros de la institución hospitalaria: la comunidad. Este enfermero (a) trabaja en niveles aplicativos y de atención a la familia, el individuo y la comunidad. En sus acciones destaca el fomento a la salud.

Funciones:

Trabaja con y para la comunidad reiterando la posición de que los términos se relacionan entre sí.

En el primer nivel de atención a la salud:

- Condicionar el ambiente favorable
- Aumentar la resistencia del individuo
- Brindar protección específica mediante la utilización de métodos positivos comprobados de eficacia mensurable contra enfermedades y/o problemas específicos.

Medidas encaminadas al logro de los objetivos:

- Educación sanitaria en forma individual y colectiva con conocimientos en forma constante y actualizada.
- Diseño y elaboración de material educativo según las necesidades de salud en esta materia.¹⁹

El enfermero (a) puede representar ante el adolescente un papel de suma importancia si logra coordinar de forma adecuada sus objetivos profesionales con los intereses y necesidades de ésta difícil etapa vital. Puede llegar a ser para los jóvenes en crecimiento un modelo de madurez adulta y una instancia de presencia social estimulante.

El enfermero (a) ha de adoptar las mejores actitudes educativas ante los problemas del adolescente, prestándose con todas sus consecuencias al diálogo abierto, pero acompañado con la firme postura que proporciona una seria profesionalidad.

¹⁹ Alvarez,Raul. Salud Pública y Medicina Preventiva, pág.20-30

El será la personalidad madura que se ofrece a la personalidad en formación sin imposiciones de competencias personales ni de autoridad agobiante, como puede pasar en los ambientes familiares y educativos. El estilo de relaciones que se establezcan corresponderá a lo que se definió como relación neutra, ya que es profesional y, por ello, objetiva y respetuosa hacia el delicado y susceptible autoconcepto de los adolescentes.

La práctica profesional de la enfermería, y concretamente del enfermero comunitario, abarca múltiples facetas, pero en lo que concierne al contacto con los adolescentes conviene destacar las tres siguientes como las más interesantes:

- Atención a los procesos de desarrollo a través del ciclo vital con el objeto de ayudarles a culminar adecuadamente cada una de las fases de su proceso de crecimiento y formación como adultos en ciernes.

- Adaptación a situaciones de alarma para poder ayudar a que las respuestas conductuales a las exigencias del ambiente sean las mejores posibles. Informar y adiestrar a los jóvenes en la búsqueda de una conducta adaptativa que propicie la salud y evite la enfermedad.

- Continuidad entre enfermedad y salud, es decir, trabajar por el mantenimiento y el equilibrio dentro de las limitaciones de los procesos patológicos y las discapacidades temporales o permanentes. Búsqueda del mejor nivel posible de calidad de vida.

En formación y en las actuaciones del profesional de enfermería son imprescindibles dos aspectos; la dimensión técnica y la capacidad de contacto e interacción humanos. Ello incluye una alta sensibilidad empática con el fin de ponerse en el lugar del otro, y además poder usar eficazmente estrategias psicológicas en el marco hospitalario y asistencial.

El enfermero (a) desempeña, a través de su presencia ante los adolescentes, un concierto rol del liderazgo, de personalidad "influyente" que puede persuadir con el ejemplo de sus convicciones personales y convencer a través de la objetividad profesional de sus informaciones.

- Ofrece un modelo propio en relación con la elección del objetivo y los valores consiguientes que coinciden con los apetecidos por el grupo, con lo cual puede decirse que personifica su "yo ideal".

- Demuestra al grupo y a sus miembros aceptación, afecto y confianza, favoreciendo de este modo la seguridad y serenidad de todos.

- Sabe elegir y dirigir a sus colaboradores, delegando adecuadamente atribuciones y funciones.
- Tiene capacidad para tomar decisiones y establecer los objetivos junto en el grupo, motivándolo adecuadamente.
- Una ponderada seguridad en si mismo le permite ofrecer el apoyo necesario en momentos de inestabilidad o tensión.
- Posee, a través de una formación consistente, un conjunto de saberes teóricos y prácticos que pueden poner, en caso necesario, a disposición del grupo.

El enfermero (a) ha de disponer también de una serie de recursos personales (inteligencia, extroversión, capacidad de toma de decisiones, sentido del humor) que le permitan relacionarse positivamente con esos aspectos tan contradictorios de los adolescentes, que son, por una parte, su agudo sentido crítico y, por otra, la necesidad de buscar en el mundo adulto un modelo de identificación y una base firme como contraste y punto de apoyo.

Un objetivo prioritario para la enfermera comunitaria que se relaciona con adolescentes será el de prestarles una oferta de informaciones válidas y no interesadas que potencien en ellos la autonomía y la independencia, que les ayudarán a crecer y madurar. Para que esta tarea pueda lograrse con plena eficacia, debe estar coordinada con los demás grupos y profesionales que trabajen y se relacionen con los adolescentes: familias, profesionales y orientadores escolares, trabajadores sociales, etc.

Otro aspecto muy importante de la influencia ejercida por el enfermero (a) es el hecho de que aunque sus receptores son a veces muy dependientes y hay que hacer por ellos lo que no pueden hacer por sí solos, la clave está en liberarlos en lo posible de esa dependencia y lograr que sean cuanto antes totalmente autónomos, o lleguen al mayor grado de autonomía que puedan alcanzar. En suma, estas ideas proponen para el enfermero una línea de trabajo a través de la cual sean los propios adolescentes los que logren asumir, como ciudadanos plenos y participativos, la responsabilidad de su "vida saludable".²⁰

²⁰ Sánchez, Antonio., Enfermería comunitaria -Concepto de salud y factores que la condicionan, pág. 73-85

Perfil de enfermería comunitaria en el trabajo con jóvenes.

- Estar motivado en el trabajo con los jóvenes y respetar y conocer sus necesidades.
- Tener una formación específica en temas relacionados con la adolescencia y la juventud.
- Estar adiestrados en técnicas de comunicación (el rechazo de lo institucional y del mundo de los adultos dificulta al adolescente verbalizar su mundo interno por lo que dista mucho entre el motivo aparente de consulta y la verdadera demanda).
- Asegurar la confidencialidad (es muy importante en estas edades no sentirse traicionados)
- No adoptar actitudes paternalistas, moralistas o autoritarias (los adolescentes no se deciden a veces a acudir a los centros porque temen ser rechazados o cuestionados).
- Inspirarles confianza. La entrevista clínica supone una situación nueva e incómoda para ellos, no controlan la situación y se sienten inseguros, adoptando actitudes de desinterés y, en otras ocasiones de autosuficiencia o dependencia. Es necesaria: una actitud de escucha activa, el tomar en serio cualquier preocupación y el desarrollar empatía (hacerle ver al joven que somos capaces de ponernos en su lugar con frases del estilo "entiendo que te resulte difícil dejar de fumar" o "comprendo cómo te sientes")
- Usar un lenguaje claro y conciso evitando los tecnicismos y no dar por supuesto que se conocen determinados aspectos, lo cual puede provocar sobreentendidos y ambigüedades y dificultar el que planteen dudas.
- No olvidar que el enfermero (a) se convierte en "un modelo" o referente para los adolescentes con los que trabaja; de ahí la necesidad de ser congruente con lo que transmite y de no crearles dependencia, asumiendo el rol de facilitar los procesos que llevan a los jóvenes a asumir la responsabilidad de su propia salud.
- Cuidar la distribución del espacio (el atenderlos tras una amplia mesa de despacho aumenta "las distancias" ; evitar un ambiente muy medicalizado, en lo posible prescindir de bata y que el material necesario para las posibles exploraciones de salud de los adolescentes no aparezcan a primera vista).²¹

²¹ Frías, Antonio. Enfermería comunitaria. pag. 301

4.7 Los principios básicos de la Orientación-Consejería.

Esta actividad se encuentra generalizada para hablar específicamente sobre algunos temas determinados, por ejemplo, planificación familiar. Pero en base a los principios y características, así como el perfil del orientador en salud, creo que debe utilizarse como estrategia para prestar atención a los problemas que se presentan en las etapas de crecimiento, desarrollo y adaptación de los adolescentes y jóvenes, ya que dependerá de las cualidades del profesional de la salud para que pueda hacer llegar la información y participar en los cambios de conducta voluntarios.

Es importante destacar que esta actividad es propia de un profesional del área de la salud, ya que comúnmente se confunden los términos de consejo y consejería.

La consejería es utilizada como técnica principal para la educación de la salud en la enseñanza del autocuidado, pero con la ventaja de ser formal y de beneficiar a los adolescentes y adultos jóvenes a tomar decisiones propias, promoviendo estilos de vida saludables. Mientras que un consejo es aplicado al intercambio de diálogo entre dos personas, sin que haya un tema específico y beneficio a la salud.

Es decir, la consejería es un método que sigue una serie de pasos, principios y objetivos, lo cual exenta de practicarlo a enfermeros, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc., que no conozcan los objetivos de la orientación - consejería, por lo cuál se exhorta al estudio de ésta técnica.

Principios básicos de la orientación-consejería.

La orientación - consejería da prioridad a las necesidades individuales del usuario, respetando su derecho a conocer todas las alternativas posibles para solucionar su problema de salud.

1. Reconocer la individualidad de cada persona.

El respeto debe brindarse independientemente de las características individuales de las personas.

La orientación - consejería deberá establecerse en cuanto a las necesidades de información y orientación de cada solicitante.

2. Reconocer que cada solicitante tiene el derecho de expresar sus sentimientos, sin importar si éstos son de aceptación o rechazo.

El orientador no deberá desalentar, ni condenar la expresión de los sentimientos del solicitante.

3. Reconocer que el solicitante tiene derecho y la necesidad de tomar sus propias decisiones y elecciones.

El solicitante debe tomar libremente su decisión. El orientador debe motivarlo a que utilice su potencial de auto determinación.

4. Reconocer que cada solicitante tiene el derecho a la confidencialidad de su caso y hacérselo saber. En este sentido, un lugar privado y el hablar en voz baja puede ayudar a mantener una atmósfera de confidencialidad, así como el evitar en todo momento ser interrumpido por otra persona.

5. El orientador deberá tener presente el no involucrarse sentimentalmente con el caso del solicitante y mantener siempre una actitud objetiva.

6. El orientador deberá mostrar empatía, la cual implica ponerse en el lugar del usuario para lograr la sincera comprensión de sus sentimientos, tratando de permanecer lo suficientemente distanciado como para diferenciar sus sentimientos personales de los de su interlocutor, para que sus propios valores no interfieran en la situación del usuario durante la entrevista.

7. Reconocer la importancia de mantener una actitud imparcial, sin juzgar.

El orientador necesita estar libre de juicios preconcebidos; las actitudes y conductas del solicitante no deberán juzgarse sólo evaluarse.

Cada solicitante debe considerarse como caso único, deberá ser comparado con otra persona.

Objetivos específicos de la Orientación - Consejería.

1. Asegurar que la decisión sea voluntaria, después de haber considerado todas las ventajas y desventajas...

2. Informar al solicitante mediante el suministro de información completa, precisa e imparcial, corrigiendo ideas erróneas...

- Para así, contribuir a obtener elevados niveles de aceptación, continuidad, satisfacción, eficacia y remisión.

Por lo tanto los principios básicos de la Orientación-Consejería se resume en:

- **PRIVACIDAD**
- **IMPARCIALIDAD**
- **CONFIDENCIALIDAD**
- **VERACIDAD**
- **RESPECTO**

Pero, para que estos principios se lleven a cabo, el orientador debe reunir algunas cualidades, entre las más importantes:

Manejo adecuado de las propias actitudes: Implica que el orientador conozca sus valores, prejuicios, capacidades y limitaciones, así como que tengan tolerancia y respeto a valores diferentes a los suyos.

- Una vez que tienen una concepción clara de sí mismo, debe buscar la forma de superar aquellos aspectos que intervengan, de manera negativa en la orientación-consejería.

Capacidad de comunicación: es tener la habilidad de crear un clima emocional adecuado.

- Alente al usuario a formular preguntas para aclarar dudas. Escuche atentamente, manifestando interés y deseo de ayudar.

- Presente la información de manera clara, formulando preguntas que permitan detectar los sentimientos del usuario. Todo el proceso de comunicación debe establecerse considerando la cultura y escolaridad del orientado, empleando un lenguaje apropiado: evite tecnicismos o explíquelos en su defecto.

Discreción: Implica manejar la información de manera confidencial.

Conocimientos sobre orientación - consejería: conozca las diferencias entre promoción, información, motivación, educación y su relación con la orientación-consejería; así como las estrategias para llevar a cabo ésta.

Y sobre todo el orientador debe mostrar emociones positivas.

1. Interés y deseo de ayuda.
2. Necesidad de logro y reconocimiento.
3. Sensación de confianza y/o seguridad.
4. Motivación y convicción.
5. Autoestima.

Por lo tanto el objetivo de la orientación-consejería es el asegurar que la decisión sea voluntaria e informada.²²

²² Secretaría de Salud, Manual de contenidos para el curso básico de orientación sexual y planificación familiar para promotores, pag. 176-186



Fig. 4 Elizondo, Leticia., Cuidemos Nuestra Salud

38-1

4.8 Ética en la relación Profesional de Salud - Adolescente.

Una vez que conocimos el entorno que rodea al adolescente y al adulto joven en su salud-enfermedad, así como conocer las estrategias más adecuadas para intervenir en su educación, es decir la Educación para la Salud, es necesario recordar que se va a dar un vínculo enfermero-paciente, en este caso el adolescente y el adulto joven, y como tal debemos comprender que por encima de cualquier conducta, es un ser humano con el que vamos a tratar por lo cual merece una atención integral y más por pertenecer a un grupo de edad en donde se presentan cambios biológicos, psicológicos, sociales-culturales; es por eso que nos comprometemos a estudiar la relación que se da con éste desde un punto de vista **ético**, ya que el adolescente comienza a adaptarse al medio que lo rodea y empieza a tomar sus propias decisiones y para fortalecer sus habilidades y autoestima debemos considerar el trato de un adulto y sobre todo la individualidad, la confidencialidad y el respeto.

A menudo, las leyes describen sólo lo que nos está permitido hacer, o mejor dicho, lo que está prohibido o no permitido hacer, mientras que la ética orienta sobre lo que debemos hacer. La investigación de Salud Pública es una actividad humana que, aunque no sea experimental, se realiza en seres humanos, puede y debe someterse a un análisis ético. Por todo ello, los profesionales sanitarios que se dedican a la investigación deben tener conocimientos de ética.²³

La condición de ser humano, es decir, de ser inteligente, racional, libre, responsable, histórico, social, contingente, abierto a los valores, trascendente, cuya vida es una "tarea", un "hacerse", ocasiona que toda actividad, todos los actos (internos y externos), se quiera o no, se ubiquen bajo el imperio de la ética o de la moral, por lo que pueden ser juzgados o valorados desde el punto de vista de unos principios.

Es obvio que las actitudes y acciones humanas están influidas intensamente por la concepción que se asuma respecto de lo que es el ser humano, lo que soy yo y lo que son los demás seres humanos. De valor que se asigne a la persona humana como tal y del respeto que inspire su dignidad, dependerán en gran medida las actitudes, las acciones y los sentimientos que conformen la conducta y la meta de la propia existencia, la posición o disposición que adopte frente a los otros como personas, frente al ambiente como patrimonio común y el grado de compromiso, de colaboración, que acepte a la tarea del progreso humano total personal y comunitario.

²³ Gil, Piedrola. Medicina Preventiva y Salud Pública, pag. 209

Por lo cual entendemos que la ética o según el vocablo **ethos** dice:
"... las actitudes distintivas que caracterizan a la cultura o aun grupo profesional en cuanto que esta cultura o profesión sostiene una postura que demuestra la dedicación a ciertos valores y a la jerarquía de valores".

El profesional de la salud de acuerdo al *ethos* de su profesión, debe ofrecer siempre a su paciente una atención integral, es decir, completa.

La gran amplitud de los conocimientos científicos, el avance veloz de los mismos y de las aplicaciones técnicas en el área de la salud, las exigencias profesionales y la tendencia natural a la especialización, a menudo hacen que se pierda la visión de la totalidad y que el paciente que requiere los servicios médicos sea escindido en una especie de compartimientos aislados, a veces sin ninguna relación. Así mismo, se piensa sólo en lo somático en lo ambiental o en el órgano o sistema enfermo, etc. De este modo se desintegra al paciente en áreas olvidando lo que es: una persona humana.

Este tipo de atención mutilada es perjudicial en quienes viven aún el proceso de desarrollo, en los pacientes cuya existencia transcurre entre la concepción y la condición de adulto. Los adolescentes, debido a los fenómenos corporales, psíquicos y sociales que experimentan característicamente en esa etapa y a la síntesis que de ellos tienen que hacer para llegar a ser adultos cabales (varones o mujeres), son especialmente lábiles y susceptibles, por lo que exigen que la labor del área de la salud, para que no sea destructiva, comprenda a la persona como totalidad, que sea íntegra y se interese más por el ser humano que por el proceso patológico.

Por lo tanto el ejercicio pleno de la ética en el área de la salud obliga al profesional a colaborar en forma inteligente, desinteresada y comprometida con el proceso de maduración del adolescente y joven que busca la atención.

La adolescencia es un fenómeno característico del género humano, una crisis que debe resolverse con el surgimiento de una persona humana adulta. La misión del profesional de la salud cuando acepte atender a un adolescente, consiste en contribuir a ese surgimiento, a encontrarse a sí mismo como ser humano adulto, creativo, capaz de ser benéfico para sí mismo y para los demás, libre, responsable, humano en el sentido pleno de la palabra.

La individualidad de éste como persona, su dignidad humana, cualquiera sea su edad cronológica, su nivel de maduración, merecen sumo respeto y no pueden ignorarse. Por lo tanto el profesional de la salud esta obligado a llevar a cabo la ética por medio del secreto y a callar, salvo que la integridad de la persona este de por medio, éste mismo tiene la obligación ética de comunicarlo al pariente más cercano o a quien el adolescente decida que debe ser informado.

El compromiso del profesional de la salud con su paciente y por su paciente, en especial si es un adolescente, no significa ni puede significar entrega o debilidad, sino al revés, sinceridad, lealtad a toda prueba y una evidente capacidad de emitir juicios honestos sin restricciones ni temores pero sin petulancia, con prudencia. La cobardía, la deshonestidad consigo mismo o con el adolescente, las actitudes acomodaticias, levantan una barrera insalvable entre ambos.

En resumen, los adolescentes y jóvenes tienden a conductas moralistas o rebeldes cuando no han podido superar su crisis de adaptación y entonces ésta se convierte en una crisis vital, es decir, cuando los jóvenes no han podido liberarse de objetos ideales deterministas que ocultan o disimulan el desprendimiento de las estructuras desconocidas. O los jóvenes se someten a nuevos ideales ofrecidos como "lo bueno", o se rebelan hacia ideales opuestos como lo "malo". Sin embargo, en ambas conductas se reconoce un objetivo común: mantenerse dentro de estructuras deterministas, como pueden ser nuevas ideologías extremistas, drogas, dependencia al mercado o un cómodo sometimiento a lo establecido.

En todas se evita que la crisis se convierta peligrosamente (para el sistema) en vital; es decir, que los adolescentes sean reconocidos como protagonistas de una nueva generación, capaces de crear con los adultos un espacio ético de *respeto* al otro del cual surgirá una fuerza transformadora que propondrá ideales morales y sociales más allá de las establecidas y abiertas a los nuevos paradigmas: campo ético donde el bien y el mal moral quedan suspendidos de todo prejuicio yoico. El juicio moral o su reacción rebelde quedan reemplazados por el respeto al otro regido por un campo de valores convocador: justicia, amor, verdad, etc. Lugar común que dispone a escuchar una nueva "voz" o mensaje que surge de esta nueva ampliación de la conciencia yoica, que duda de lo conocido y se dispone a vivir pasado, presente y futuro para que la imaginación creativa oriente hacia nuevos ideales y concepciones morales. La verdad o la moral objetivas están revitalizadas por la autenticidad de la búsqueda dentro de la libertad de la época.

La autonomía lograda por los jóvenes al terminar su adolescencia, tan tironeada por la moral, es real cuando se consigue establecer desde la experiencia vital que aporta la ética donde las decisiones personales están "resonando" coherentemente con la *identidad* del grupo antes que adaptarse a los establecido.

Educar a los adolescentes en el campo de la ética es una empresa desestabilizadora para los adultos, pues supone en poner en duda lo establecido. Suspender al Yo todo prejuicio e invitar al adolescente en crisis a que él también "espere", no se apure hacia o en contra de los nuevos objetos ideales del mercado o la moral establecida.²⁴

Por consiguiente no se debe olvidar que la misión del profesional es colaborar para que el adolescente y el adulto joven tomen responsabilidad sobre sus propias decisiones sin afectar su salud y de manera positiva, orientando en todo momento a éstos grupos hacia una vida futura favoreciendo sus estilos de vida.

Y entender que el adolescente y el joven están sumergidos en un mundo cambiante fuera y dentro de él y que simultáneamente empieza a reconocerse con los instrumentos físicos, sociales e intelectuales que le permitirán enfrentar la crisis de adaptación. Sin embargo, cada día esta crisis es menos tolerable, ya que debe generar grandes perturbaciones en la conducta social y en la conducta física y mental del adolescente para adaptarse al sistema imperante.

Por eso es necesario atacar la problemática como si atacásemos un problema personal, ya que es necesario conocer lo que le interesa al adolescente para poder llevar a ellos información, pero no obligada, sino información donde ellos tomen sus propias decisiones: sin olvidar que el momento actual en el país lleva a éstos grupo a escudarse y en su momento a fortalecerse con ideologías que dañan la situación histórico social del país y por consiguiente su propia salud, ya que forman sus propios grupos de iguales, con propias ideas y desafortunadamente con sentido a la represión. Como hemos dicho es el propio adulto quien condiciona estas conductas y somos nosotros mismos los responsables de colaborar en cambiarlas a través de un trato justo, honesto y con ética.

Para que éstas modificaciones sociales se den el profesional de enfermería y del área de la salud debe establecer programas que ayuden a resolver los rezagos y problemas del país, participando no sólo a nivel hospitalario, sino a un nivel social y político, en el mejor sentido de la palabra. Dando prioridad a la niñez y a la adolescencia que son la mayoría actualmente y en los próximos años, no en la rehabilitación, sino en la prevención.

²⁴ Dr. Dulanto. Enrique, El Adolescente. Principios éticos en la atención del Adolescente, pág. 364-272

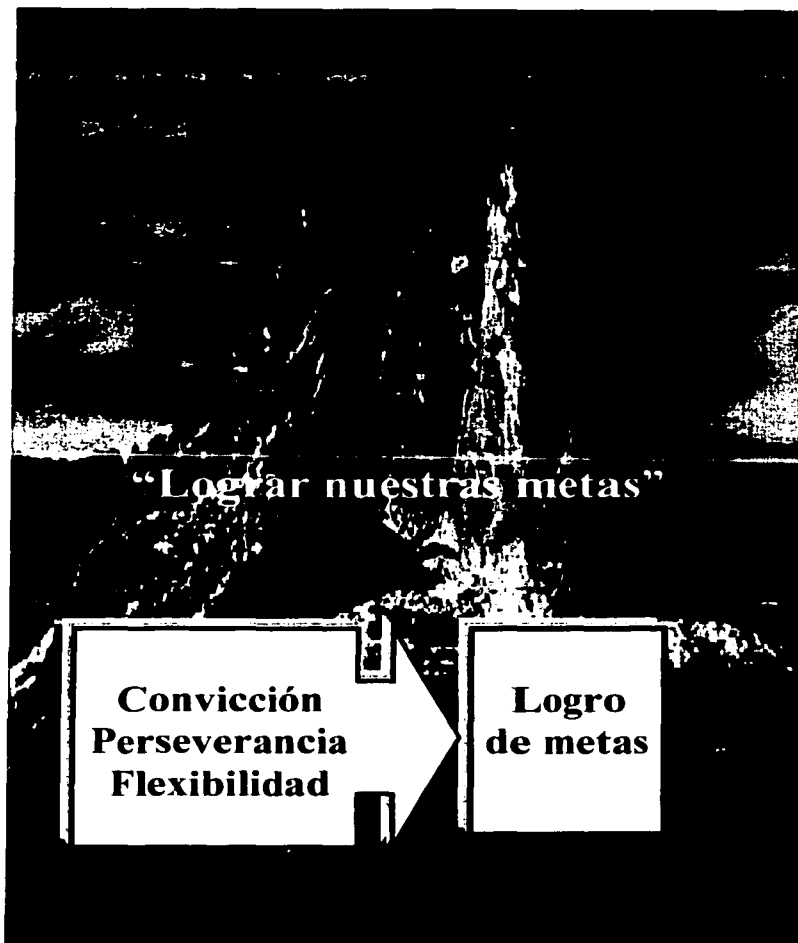


Fig. 5 Elizondo, Leticia, Cuidemos Nuestra Salud

TRFIS CON
FALCA LE ORIGEN

H2-A

CAPITULO 3

V. TEMAS SELECTOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA LOS ADOLESCENTES Y ADULTOS JOVENES.

Los siguientes temas son seleccionados a partir de la experiencia del Servicio Social, que se realizo en la Dirección General de Servicios Médicos de la U.N.A.M., estos temas surgen a partir de la inquietud de contribuir en conductas saludables de los jóvenes y mejorar la salud de estos evitando los factores de riesgo.

Sabemos que la forma en que los jóvenes vivan su adolescencia, será fundamental para guiar su vida adulta, es por eso que se tomaron estos temas por que se considera que mientras más información se reciba desde éstas edades, mejor será la forma en la que supere ésta etapa, sabiendo enfrentar y afrontar los obstáculos que se presenten.

Por otra parte el profesional de salud debe estar preparado para trabajar con estos grupos y satisfacer sus necesidades, llevando a ellos orientación y educación en su salud para participar en los cambios hacia estilos de vida saludables .

5.1 Habilidades para vivir.

Es común afirmar que la calle y los medios de comunicación han desplazado a la escuela y a la familia como medios de socialización.

En esta cultura urbana emergente se encuentran también muchos valores de intrincadas redes de solidaridad, el sentido del humor, la capacidad de celebrar, la creatividad y la acogida. Mucho se ha hablado en los últimos tiempos de la resiliencia o capacidad de tener actitudes positivas y sobre ponerse a situaciones especialmente adversas. En lo que tiene que ver con la educación, encontramos que aún estos ambientes es posible desarrollar acciones que promueven el potencial humano, mediante la promoción de factores protectores individuales, ambientales y familiares, como el aumento de la autoestima de niños y niñas, la confianza en sí mismos y en las personas adultas, incluidos docentes, directivos, etc.

En 1996, el Ministerio de Salud de Colombia a través de la institución Fe y Alegría elaboró y válido materiales iniciales para la enseñanza y el aprendizaje de tres habilidades: habilidades para manejar sentimientos, habilidades para manejar conflictos y habilidades para ser assertivos, esto es, firmes pero respetuosos; posteriormente se elaboraron los módulos de habilidades para pensar críticamente, habilidades para tomar decisiones, para comunicarse efectivamente y habilidades para establecer empatía.

Habilidades para vivir, es una estrategia pedagógica promovida internacionalmente desde hace varios años por la Organización Mundial de la Salud y validada en Colombia por Fe y Alegría, cuyos principales objetivos son contribuir a la promoción del desarrollo personal y social, la protección de los derechos humanos y la prevención de problemas psicosociales y de salud.

El enfoque de Habilidades para Vivir tiene mucho que aportar al gran propósito de construcción de paz y convivencia familiar y cotidiana. Como propuesta educativa, desde las escuelas y colegios Habilidades para Vivir contribuye a que los estudiantes y sus familias desarrollen y fortalezcan las *destrezas psicosociales* necesarias para la construcción de procesos personales, familiares y comunitarios de convivencia pacífica y resolución no violenta de los conflictos.

Habilidades para Vivir busca la promoción del desarrollo humano y no trata sólo de fortalecer la capacidad de la gente joven para enfrentar dificultades, sino que fomenta y estimula el desarrollo de valores y cualidades positivas.

Esta propuesta educativa busca formar mujeres y hombres críticos solidarios, autónomos, respetuosos, tolerantes, conscientes de la realidad que los rodea y comprometidos con su transformación.

Habilidades para vivir, en la promoción de la salud previene problemas psicosociales y de salud específicos por ejemplo drogodependencias, tabaquismo, embarazos no deseados en los adolescentes, la violencia y las enfermedades de transmisión sexual.

Habilidades para vivir se relaciona estrechamente con "la habilidad de una persona para enfrentarse exitosamente a las exigencias y desafíos de la vida diaria". Estas destrezas psicosociales permiten a las personas transformar conocimientos, actitudes y valores en habilidades, es decir, saber "que hacer y cómo hacerlo". Son habilidades que les facilitan comportarse en forma saludable, siempre y cuando deseen hacerlo y tengan la oportunidad para ello. No obstante, es evidente que las habilidades sobre "cómo hacer algo" no son los únicos factores que influyen en el comportamiento. La motivación y la capacidad para comportarse en forma saludable también se relacionan con el apoyo social y los factores culturales y ambientales.

La iniciativa internacional de la Organización Mundial de la Salud para impulsar la enseñanza de habilidades para vivir en escuelas y colegios, surgió del creciente reconocimiento de que, debido a los cambios culturales y a los estilos de vida, con frecuencia los niños y jóvenes de hoy no están suficientemente equipados con las destrezas necesarias para enfrentar los enormes desafíos y presiones del mundo contemporáneo. Y en el caso de los jóvenes provenientes de las familias más pobres la situación es peor, ya que la falta de educación, recursos y oportunidades en los padres facilita el establecimiento de ciclos transgeneracionales de desventaja y postergación material y psicosocial.

Habilidades para vivir se refiere a destrezas psicosociales que le facilitan a las personas enfrentar con éxito las exigencias y desafíos de la vida diaria, y donde se adquieren competencias y habilidades específicas a nivel físico, psicológico, social, cognitivo, moral y vocacional.

Habilidades para vivir son:

- ◆ Destrezas para conducirse de cierta manera, de acuerdo con la motivación individual y el campo de acción que tenga la persona, dentro de sus limitaciones sociales y culturales.
- ◆ Un eslabón entre los factores motivadores del conocimiento, actitudes y valores, y el comportamiento positivo hacia la salud.

Habilidades para vivir No son:

- ◆ Comportamientos en sí mismos. La educación en Habilidades para vivir no se basa en la enseñanza de "recetas" o prescripciones de comportamiento, sino en la adquisición de herramientas específicas que le faciliten al individuo, un comportamiento más positivo y saludable (en el sentido holístico de la salud) consigo mismo, con los demás y con el mundo en general.

La propuesta pedagógica para enseñar a tomar decisiones se fundamenta precisamente en el fortalecimiento de la autonomía individual para que los jóvenes sean protagonistas y artífices de su propia vida y de la construcción de un mundo mejor.

- ◆ Valores (como la honestidad o la integridad) ni cualidades (como la autoestima o la confianza de sí mismo). Sin embargo, existe una estrecha relación entre la educación en Habilidades para Vivir y el fomento de valores y cualidades. De una parte, la adquisición y aplicación efectiva de estas destrezas psicosociales influye en la forma en que nos sentimos con respecto a nosotros mismos y a los demás, así como la manera como nos perciben las demás personas. Habilidades para Vivir contribuye así a nuestra percepción de autoestima y confianza en sí mismos.

- ♦ Una panacea. Las habilidades sobre " como hacer las cosas" no son los únicos factores que afectan el comportamiento humano. Las fuentes de apoyo y otros factores socioculturales y familiares también se relacionan con la motivación y la habilidad para comportarse de manera saludable.

Las Habilidades para Vivir pueden agruparse por parejas en cinco grandes áreas, ya que existen relaciones naturales entre ellas:

1. Conocimiento de sí mismo	6. Empatía
2. Comunicación efectiva	7. Relaciones interpersonales
3. Toma de decisiones	8. Solución de problemas y conflictos
4. Pensamiento creativo	9. Pensamiento crítico
5. Manejo de sentimientos y emociones.	10. Manejo de tensiones o estrés

**TESIS CON
FALLA LE ORIGEN**

Descripción de las diez principales Habilidades para Vivir

Habilidad	Descripción
Conocimiento de sí mismo	Implica reconocer nuestro ser, carácter, fortalezas, debilidades, gustos y disgustos. Desarrollar un mayor conocimiento personal nos facilita reconocer los momentos de preocupación o tensión. A menudo, este conocimiento es un requisito de la comunicación efectiva, las reacciones interpersonales y la capacidad para desarrollar empatía hacia los demás.
Empatía	Es la capacidad de "ponerse en los zapatos del otro" e imaginar cómo es la vida para esa persona, incluso en situaciones con las que no estamos familiarizados. La empatía nos ayuda a aceptar a las personas diferentes a nosotros y mejora nuestras interacciones sociales. También nos ayuda a fomentar comportamientos solidarios y de apoyo hacia las personas que necesitan cuidados, asistencia o aceptación, como los enfermos de SIDA.
Comunicación efectiva	Tiene que ver con la capacidad de expresarse, tanto como verbalmente, en forma apropiada a la cultura y las situaciones. Un comportamiento asertivo implica un conjunto de pensamientos, sentimientos y acciones que ayudan a un niño o un adolescente a alcanzar sus objetivos personales de forma socialmente aceptable. La comunicación efectiva también se relaciona con nuestra capacidad de pedir consejo o ayuda en momentos de necesidad.
Relaciones interpersonales	Esta destreza nos ayuda a relacionarnos en forma positiva con las personas con quienes interactuamos, a tener la habilidad necesaria para iniciar y mantener relaciones amistosas que son importantes para nuestro bienestar mental y social, a conservar buenas relaciones con los miembros de la familia -una fuente importante de apoyo social-, y a ser capaces de terminar relaciones de manera constructiva.
Toma de decisiones	Nos facilita manejar constructivamente las decisiones respecto a nuestras vidas y la de los demás. Esto puede tener consecuencias para la salud y el bienestar, si los niños y jóvenes toman decisiones en forma activa acerca de sus estilos de vida, evaluando opciones y las consecuencias que éstas podrían tener.
Solución de problemas y conflictos	Nos permite enfrentar de forma constructiva los problemas en la vida. Los problemas importantes que no se resuelven pueden convertirse en una fuente de malestar físico (trastornos psicosomáticos) y mental (ansiedad y depresión), y de problemas psicosociales adicionales (alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas). Otro aspecto de esta habilidad se relaciona con la solución de conflictos, orientada a la educación de niños, niñas y jóvenes en formas constructivas, creativas y pacíficas de resolver los pequeños y grandes conflictos cotidianos, como una forma de promover una cultura de paz.

<p>Pensamiento creativo</p>	<p>Consiste en la utilización de los procesos básicos de pensamiento para desarrollar o inventar ideas o productos novedosos, estéticos, o constructivos, relacionados con preceptos y conceptos, con énfasis en los aspectos del pensamiento que tienen que ver con la iniciativa y la razón. Contribuye en la toma de decisiones y en la solución de problemas, lo cual nos permite explorar las alternativas disponibles y las diferentes consecuencias de nuestras acciones u omisiones. Nos ayuda a ver más allá de nuestra experiencia directa, y aún cuando no exista un problema, o no se haya tomado una decisión, el pensamiento creativo nos ayuda a responder de manera adaptativa y flexible a las situaciones que se presentan en la vida cotidiana.</p>
<p>Pensamiento crítico</p>	<p>Es la habilidad de analizar información y experiencias de manera objetiva. El pensamiento crítico contribuye a la salud y al desarrollo personal y social, al ayudarnos a reconocer y evaluar los factores que incluyen en: nuestras actitudes y comportamientos y los de los demás; la violencia; la injusticia y la falta de equidad social. La persona crítica hace preguntas y no acepta las cosas y forma crédula sin un análisis cuidadoso en términos de evidencia, razones y suposiciones. El niño o el adolescente crítico aprende a hacer una lectura más personal y objetiva de la publicidad y la enorme avalancha de información transmitida a través de los medios de comunicación.</p>
<p>Manejo de sentimientos y emociones</p>	<p>Nos ayuda a reconocer nuestros sentimientos y emociones y los de los demás, a ser conscientes de cómo influyen en nuestro comportamiento social, y a responder a ellos en forma apropiada.</p>
<p>Manejo de las tensiones y el estrés</p>	<p>Nos facilita: reconoce las fuentes de estrés y sus efectos en nuestras vidas; desarrollan una mayor capacidad para responder a ellas y controlar el nivel de estrés; realizar acciones que reduzcan las fuentes de estrés, por ejemplo, haciendo cambios en nuestro entorno físico o en nuestro estilo de vida, y; aprender a relajarnos de tal manera que las tensiones creadas por el estrés inevitable no generen problema de salud.</p>

Cada habilidad está compuesta por uno o más elementos, cuya naturaleza está determinada por las normas y valores que definen lo que es un comportamiento apropiado en cada contexto social y cultural. A su vez, las normas y valores dependen de factores como el género, la edad y la condición social.

Estas destrezas se consideran "genéricas" porque:

Una misma habilidad tiene aplicación y es importante en el manejo de distintas situaciones cotidianas y de riesgo psicosocial comunes durante la niñez y la adolescencia.

Se requieren distintas habilidades para enfrentar con éxito una determinada situación.

No existe habilidades únicas o exclusivas para cada situación psicosocial o problema de salud, aunque algunas destrezas pueden ser más relevantes en ciertas situaciones que en otras. El comportamiento de las personas es un extremo complejo y en la práctica existe una relación muy estrecha, en ocasiones inseparables, entre las distintas Habilidades para Vivir.

EJEMPLO:

Habilidades para Vivir	
Destreza psicosocial	Le permite al individuo
Pensamiento Crítico	<ul style="list-style-type: none"> • Darse cuenta que la realidad puede interpretarse desde ángulos y perspectivas diferentes. • Comprender que existen puntos de vista diferentes sobre un mismo tema o asunto. • Tomar distancia de los propios pensamientos, emociones, prejuicios, valores y opiniones para comprenderlos y manejarlos.
Empatía	<ul style="list-style-type: none"> • "Ponerse en los zapatos del otro" y comprender mejor sus puntos de vista, emociones y reacciones. • Comprender que la diferencia es intrínseca a la existencia humana y un factor de crecimiento personal y social, y ser más tolerante con los demás. • <u>Comportarse en forma menos agresiva.</u>
Solución de problemas y conflictos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar problemas, sus causas y alternativas de solución. • Comprender que las situaciones y relaciones de conflicto son procesos, y representan momentos de oportunidades y soluciones productivas. • <u>Aprender a negociar la solución de conflictos.</u>
Manejo de sentimientos y emociones	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender que la ira es una emoción humana y normal. • Aprender a reconocer los cambios fisiológicos que acompañan la ira. • Reconocer que la ira puede usarse en forma constructiva. • Aprender y poner en práctica estrategias para expresar la ira en forma no destructiva.

La educación en Habilidades para Vivir se basa en el aprendizaje por medio de la interacción de nuevos conocimientos y la adquisición, práctica y aplicación de destrezas. La práctica de las habilidades es un componente vital dentro de las actividades de enseñanza. En este tiempo de programas se involucra a los jóvenes en un proceso dinámico y participativo.

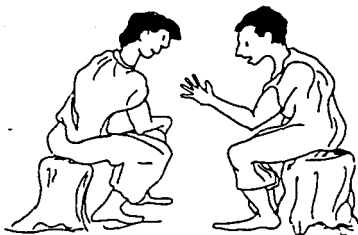
La enseñanza de Habilidades para Vivir a los adolescentes se fundamenta en el uso de una metodología interactiva que:

- Facilite al docente crear un ambiente agradable y "seguro" dentro del aula que permita a los estudiantes experimentar nuevas formas de pensar, sentir y comportarse.
- Facilite a los estudiantes identificar por ellos mismos, es decir, en sus propios términos, las situaciones de riesgo y la forma en que estas habilidades pueden ayudarlos a solucionar sus problemas.
- Garantice que la educación en Habilidades para Vivir se lleve a cabo al nivel de los niños, niñas y adolescentes.

Existe una gran variedad de métodos interactivos que pueden usarse durante las sesiones de Habilidades para Vivir y con los cuales la mayoría de docentes están familiarizados, por ejemplo:

- Dibujos
- Estudios de caso
- Discusiones en grupo y en pareja
- Lluvia de ideas
- Dramatizaciones
- Canciones y trovás
- Proyectos
- Modelaje
- Demostraciones
- Debates
- Historia y cuentos
- Juegos de roles
- Juegos

TESIS CON
FALLA LE ORIGEN



¿CÓMO PUEDO ENSEÑAR
SI NO ES A UN AMIGO?

Fig. 6

²⁵ Leonardo, Mantilla. Habilidades para Vivir, pág. 1-11



Fig. 7 El beso (c. 1912) por Constantin Brancusi.
(The Philadelphia Museum of Art; The Louise and Walter Arensburg Collection).

TESIS CON
FALSA LE ORIGEN

50-A

5.2 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

5.2.1 Sexualidad

Para comprender la sexualidad en más de sus formas podemos encontrar otros significados y/o definiciones que parecen de importancia para que los adolescentes sepan utilizar los términos de acuerdo al tema o al momento que se requiera.

Algunas de estas formas son las siguientes:

Sexo: Es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que nos diferencian a los seres humanos en hombres y mujeres, con miras a la reproducción.

Sexo Biológico: Sabemos que al unirse el óvulo y el espermatozoide para formar la célula huevo, cada uno aporta un cromosoma sexual. El óvulo siempre tiene un cromosoma X mientras que el espermatozoide puede aportar un cromosoma X o un cromosoma Y. De la combinación de estos cromosomas pueden resultar las fórmulas XX o XY, correspondientes al **sexo cromosómico** femenino y masculino respectivamente.

La evolución posterior, entre las 14 y 16 semanas va a quedar determinado el **sexo gonadal u hormonal** con la diferenciación de las gónadas a testículos, o a ovarios. Si en este momento se produce una alteración en el desarrollo de los órganos sexuales, puede no producirse la atrofia de los conductos de Wolff o de Muller y originarse así un hermafroditismo hacia la vulva o hacia pene y escroto quedando establecidos entonces el **sexo genital**.

Nacido el niño, con sus órganos reproductores diferenciados, se le da el **sexo de asignación** de acuerdo a la conformación de sus genitales externos. El simple hecho de que el médico o la persona que atiende el parto indique que es "hombre" o "mujer" va a establecer cuáles son las expectativas de la familia y especialmente de la sociedad en cuanto al futuro rol sexual del recién nacido y así decimos que se ha establecido su **sexo social** (nombre, tipo de ropa, registro, etc.).

A partir de ese momento los estímulos ambientales que lo rodean, especialmente centrados en la familia, van a empezar a moldear hacia un comportamiento de tipo femenino o masculino, determinando así el **sexo psicológico** y su expresión social (es decir que va sentirse hombre o mujer y va a actuar de acuerdo a ello).

Si el sexo biológico coincide con el social y psicológico se puede decir que se logra una identidad sexual.

La **sexualidad** son las características biológicas, psicológicas y socio-culturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o como mujeres. Incluye la combinación del sexo biológico, el sexo social y el psicológico.

Es una parte de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo; es parte básica de la femineidad o masculinidad, de la de la autoimagen, de la autoconciencia del desarrollo personal. Es parte del deseo para la satisfacción personal. Estimula las necesidades de establecer relaciones interpersonales significativas con otros.²⁶

Es decir, es una identificación, una actividad, un impulso, un proceso biológico y emocional, una perspectiva y una expresión de sí mismo. Está fuertemente influida por las creencias como en las conductas.

La OMS ha definido a la Salud Sexual como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencian la personalidad, la comunicación y el amor.

El concepto de sexualidad sana incluye tres elementos básicos:

- Posibilidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva, equilibrando una ética personal y social.
- Ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenza, culpas, mitos o falacias, en esencia, sin factores psicológicos o sociales que interfieran en las relaciones sexuales.
- Desempeño de una actividad libre de trastornos orgánicos, enfermedades alteraciones que la entorpezcan²⁷

²⁶ IMSS. Jefatura de Servicios de Planificación Familiar, pág. 1.-4

²⁷ Gil. Piedrola. Salud pública y Medicina preventiva. Salud Sexual y Reproductiva, pág. 320-322

Se entiende por Sexualidad Humana "una forma de expresión integral de los seres humanos vinculada a los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales del sexo.

Por lo tanto, entendemos que **relaciones sexuales**, son las relaciones interpersonales e intercambio de la sexualidad entre los participantes, que no conlleva forzosamente a las relaciones sexogenitales. Están dadas por actitudes y comportamientos ante el sexo propios de cada participante, conforme a su cultura y sociedad.

La sexualidad es un elemento inherente al ser humano desde el momento de la concepción hasta la muerte. Es parte integrante de la personalidad, siendo la función orgánica que más repercute en el contexto social en que está inmersa y se desarrolla, y a la vez está influida por él.

La sexualidad en los seres humanos constituye un todo con la vida misma, y en particular en la etapa de la adolescencia cobra gran significación. En consecuencia, se vincula muy estrechamente con la forma de vida de los adolescentes y con la problemática de salud que puede aparecer en este momento o en etapas sucesivas del ciclo vital.

Aspectos biológicos: Los cambios puberales aportan el componente biológico y ocurren con ritmo e intensidad propios de cada adolescente, aunque por lo general aparecen antes en las mujeres, por ejemplo, la menarquía y las poluciones nocturnas, además, en ambos (hombre y mujeres) ocurre la aparición de los caracteres sexuales secundarios y las modificaciones pondoestaturales que repercuten en los adolescentes y que los llevará a adaptarse a su nueva imagen y a un nuevo esquema corporal que se establece con ritmo propio, sin tener en cuenta los deseos y expectativas de los protagonistas.

Aspectos psicológicos: Concomitantemente con los cambios somáticos se producen profundas transformaciones en las esferas psicológica y social, destacamos las siguientes:

- Búsqueda de sí mismo y de la identidad adulta.
- Tendencia grupal y separación progresiva de los padres.
- Necesidad de intelectualizar
- Fluctuaciones constantes del humor y estado de ánimo
- Evolución sexual desde el autoconcepto hasta la heterosexualidad.²⁸

²⁸ Maddaleno, M. et al., *OPS, La Salud del Adolescente y del Joven*, pág. 136-140

Con la llegada de la adolescencia, van surgiendo cambios y nuevas demandas, estando ante una nueva forma de sentir y percibir al mundo que les rodea; frente a esta circunstancia se sientan las bases para lograr la transición hacia la vida adulta y la identidad definitiva al género que pertenecen, con independencia de los cambios morfológicos, se inicia la elección del sexo con el que están identificados, se definen a sí mismos como hombre o mujer en una cultura y momento histórico determinado.²⁹

En resumen los conocimientos que proporciona la educación sexual indudablemente orienta al ser humano para que sepa que puede ofrecer y que puede recibir en el ejercicio de la función sexual. Pero una educación sexual adecuada no sólo se refiere a las relaciones sexuales, sino que dicta las normas para que todas las manifestaciones del sexo (biológicas, psicológicas o sociales) que en conjunto constituyen la sexualidad se encuentran enmarcadas dentro de las normas sociales que rigen la comunidad en que se desarrolla el individuo.

5.2.2 Respuesta Sexual Humana

La adolescencia es la época de más actividad física, psíquica y mental del ser humano, y su inicio (durante la pubertad) permite la entrada del niño a este nuevo mundo de intereses, relaciones y actividades, es uno de los períodos más importantes en la educación sexual.

El adolescente está lleno de inquietudes porque comienza a formar parte activa de la sociedad, se amplía el círculo de sus actividades, se siente capaz de realizar cualquier empresa (sobre todo el hombre) y, lo más importante, su libido se hace evidente por medio del impulso sexual que le despierta inquietudes en relación con el otro sexo hacia su propia capacidad sexual que se encuentra en un desarrollo rápido.

En el aspecto sexual, a pesar de su idea de autosuficiencia, se halla desorientado y no alcanza a discernir la manera correcta de enfrentarse a la nueva actividad.

Si el preadolescente ha recibido educación sexual adecuada, cuando sea adolescente tendrá respeto por el otro sexo, poco interés en la pornografía, la obscenidad, y deseo de obtener información sexual correcta y conciencia de sus actos.

²⁹ Gil, Piedrola, Salud Sexual y Reproductiva, pag. 229-230

Los actos obscenos de los adolescentes implican inquietudes y dudas que no han sido satisfechas.

La primera manifestación del cambio de personalidad consiste en que los jóvenes de ambos sexos, que hasta poco tiempo antes preferían la compañía de amigos del propio sexo para sus juegos y otras actividades, al llegar a la pubertad comienzan a sentir atracción por actividades, al llegar a la pubertad comienzan a sentir atracción por las persona del otro sexo y gustan de su compañía para satisfacer su naciente impulso sexual.

El adolescente, sobre todo la mujer, debe conocer los métodos que por lo general usan los seductores para presentarse como personas agradables y posteriormente comprometer a su víctima o sorprenderla, a veces intoxicándola con alcohol u otras drogas, para disminuir el control de su voluntad o intentar provocarle el deseo sexual. Para estos fines es de gran utilidad la adecuada instrucción referente a las zonas erógenas cuya localización, sensibilidad y respuesta, deben conocer los adolescentes para evitar o limitar su uso según las circunstancias.

Es conveniente comenzar por reconocer que le noviazgo es una actividad útil para el adolescente, puesto que le permite satisfacer su libido por medio del trato de personas del otro sexo; le da oportunidades de participar en actividades sociales desempeñando un rol satisfactorio para él; le permite desarrollar sus facultades al máximo en un intento de destacar para ganarse la admiración de la persona amada y sus amistades, y de tratar íntimamente a distintas personas para normar su criterio y hacer una elección más adecuada cuando decida contraer matrimonio.

El adolescente que es capaz de buscar satisfacción a su impulso sexual por medio de la masturbación, es probable que busque la posibilidad de realizar el coito, en cuanto deja de centrar en su cuerpo el interés de sus sensaciones placenteras y lo dirija hacia personas del otro sexo, generalmente por intimar a sus amigos, con lo que se iniciará en los coitos prematrimoniales.

Aunque la pubertad físicamente aparece más temprano en la mujer que en el hombre, éste es capaz de responder a la excitación sexual antes que ella. La capacidad de responder a la excitación sexual, que aparece en ambos sexos en la preadolescencia, aumenta progresivamente con la edad y alcanza su máximo entre los 20 y 40 años de edad.

Al aumentar la producción de hormonas sexuales en la pubertad, el adolescente tiene más interés en las sensaciones eróticas, aumenta el interés por las personas del otro sexo y su capacidad de responder a la excitación sexual.

En esta etapa de la vida aumenta la frecuencia de las erecciones espontáneas, los sentimientos y las fantasías sexuales. Hay mayor lubricación vaginal y la masturbación se hace más frecuente. Mentalmente el adolescente siente que ha dejado atrás la niñez y que comienza a ser hombre o mujer.

El interés en el otro sexo hace que aumente la frecuencia de la aproximación con otros adolescentes, y, por consecuencia, las caricias y los tocamientos de las zonas más sensibles de la piel y los genitales. Esta es una etapa previa al coito.

En relación con el orgasmo, vale la pena anotar que así como los preadolescentes tienen orgasmos sin eyacuación, puesto que ésta se establece hasta la pubertad, hay algunas circunstancias especiales en que es posible que los adultos experimenten lo mismo. Algunos casos son cuando hay inhibición que impiden la eyacuación, cuando falta colaboración de la pareja, en algunos coitos entre homosexuales y en el coito reservado en que el hombre detiene voluntariamente la salida del semen.

Sin embargo, existe también la eyacuación sin orgasmo, que puede explicarse aceptando que hay distintos grados de placer y que, en algunos casos, éste es tan reducido que no se aprecia, aunque los reflejos orgánicos sí alcancen a producirse.

No hay duda de que una práctica sexual frecuente en la adolescencia es la masturbación. Esto es algo completamente normal.

La urgencia de satisfacer el instinto sexual alcanza su máxima expresión en la adolescencia y a partir de ella decrece paulatinamente hasta la senectud.

Como ya se dijo, el impulso sexual en la mujer es, de un modo general, menos intenso y la respuesta a la excitación sexual se instala más lenta y tardíamente, habitualmente la excitación que alcanza depende tanto de su capacidad para apreciar los estímulos como de la conducta del hombre, y la mujer le otorga más importancia a la excitación psíquica (amor, romanticismo) que a la física, resulta que hay más variaciones en la actividad sexual femenina y es más difícil establecer cifras promedio.

A diferencia de los varones, que son capaces de responder prácticamente siempre a una excitación física adecuada, algunas mujeres responden a la excitación manual, mientras que otras sólo reaccionan ante los estímulos psíquicos, y otras más son susceptibles a ambos. De un modo general, la mujer obedece más a los estímulos psíquicos y requiere más de ellos que el hombre.³⁰

³⁰ Dr. Azcarra, Gustavo. Sexología Básica, pag. 47,63,64,65,244246

Para conocer con detalle que pasa en sus cuerpos, Masters y Johnson y Kaplan, describieron cinco etapas en la curva de la respuesta sexual, clasificación que es útil para el estudio de estos fenómenos genitales, es indudable que se pueden distinguir dos grandes fases en la respuesta a la excitación sexual: la primera de vasodilatación, que provoca cambios en los órganos genitales, y la segunda de contracciones musculares reflejas que acompañan al orgasmo. Ambas se superponen parcialmente.

La respuesta sexual humana es la respuesta integral del organismo a un estímulo sexual efectivo que engloba modificaciones fisiológicas genitales y extragenitales. Es una reacción en la que se involucra todo el organismo y en que intervienen, no tan solo los genitales sino los sentimientos, pensamientos y experiencias previas de la persona. *

En la respuesta sexual humana podemos encontrar factores biológicos y psicológicos en los que inciden los de índole social. Por ejemplo: la edad, el estado de salud, así como el tipo de personalidad y de relación que se tiene con la pareja, además del ambiente en donde se lleva a cabo, puede influir notablemente en el desempeño sexual de los participantes.³¹

Debido a la presencia en el cuerpo humano de nervios sensitivos que conducen los estímulos recibidos a los centros nerviosos, y nervios motores que producen alguna reacción en forma de contracción muscular lisa o estriada, o secreción glandular, es posible afirmar que ante todo estímulo hay una respuesta que contribuye un reflejo, mismo que puede ir acompañado de placer o dolor.

En el terreno sexual, los estímulos que despiertan los reflejos pueden ser de naturaleza psíquica, hormonal o física, y ser provocados por excitación fáctil o sensorial.

Estos estímulos producen una respuesta del organismo lo que se centra principalmente en los órganos pélvicos y genitales que se congestionan; ocurre lo mismo en otros aparatos y de manera generalizada, a estos reflejos se les llama "respuesta sexual".

Con objeto de facilitar la explicación de estos fenómenos, Masters y Johnson publicaron en 1996 una curva que representaba la acumulación de la excitación sexual.³²

³¹ IMSS. Psic. Monroy, A. Jefatura de Servicios de Planificación familiar, pág. 1, 2

³² Vázquez, E. Medicina Reproductiva en México, pag. 229-230

En esta curva se distinguen las cinco fases de esta respuesta sexual humana las cuales se mencionan a continuación:

1. Fase de deseo
2. Fase de excitación
3. Fase de meseta
4. Fase orgásmica
5. Fase de resolución.

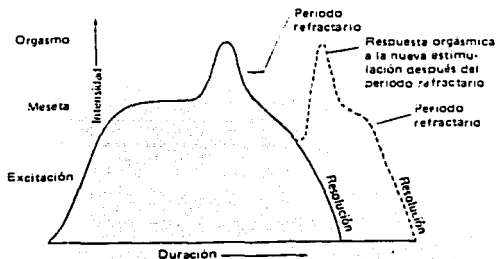
El cuerpo muestra dos respuestas principales a la estimulación sexual, que crecen y se resuelven durante estas fases. En la reacción primaria, al comenzar la estimulación sexual afectiva, los vasos sanguíneos de los genitales y otras regiones corporales se llenan de sangre para producir aumento de tamaño y cambios de color en los tejidos que intervienen. Este aumento del riesgo sanguíneo de ciertos tejidos se llama *vasocongestión*. La respuesta secundaria se llama *miotonia* y es el aumento de la tensión muscular a consecuencia de la estimulación sexual. El sujeto reacciona a la estimulación sexual al mostrar vasocongestión y miotonia al aumento, que alcanzan un punto máximo de intensidad durante el orgasmo. El orgasmo es el momento en que el cuerpo en forma involuntaria "se libera" de estos estados fisiológicos: los músculos se relajan y los vasos sanguíneos se vacían.

Si bien tendemos a enfocar las diferencias entre la sexualidad femenina y masculina, existen de hecho muchas similitudes, no sólo en lo que se refiere a la anatomía, sino también en las respuestas psicológicas y fisiológicas a la estimulación sexual. En su mayor parte los aparatos urogenitales de la mujer y hombre son homólogos. Money y Tucker (1975) descubrieron sólo cuatro diferencias claras en la biología de la reproducción entre la mujer y el hombre: "sólo el hombre puede impregnar, y sólo la mujer puede menstruar, gestar y producir leche". Recuérdese que las estructuras homólogas se originan de los mismos tejidos embriológicos, pero pueden transformarse en un tipo de estructura en la mujer y otro tipo, no por completo diferente, en el hombre.

Mujer	Hombre
1. Ovario	1. Testículo
2. Vagina	2. Vagina masculina
3. Útero	3. Utrículo prostático
4. Trompas de Falopio	4. Apéndice testicular
5. Uretra	5. Uretra prostática
6. Labios menores	6. Tubo uretral del pene
7. Labios mayores	7. Escroto
8. Clítoris	8. pene
9. Glándulas de Bartholini	9. Glándulas bulbouretrales
10. Glándulas prostáticas	10. Glándulas prostáticas

Dadas estas similitudes del origen embriológico de las estructuras femeninas y masculinas, no es sorprendente que haya tantas similitudes en las respuestas fisiológicas de uno y otro sexo a la estimulación sexual al comenzar la fase dos, de excitación. En mujeres y hombres, la vasocongestión produce respuestas análogas que consisten en hinchazón y lubricación de vagina y erección del pene. La única diferencia entre estos fenómenos reside en el hecho de que la vasocongestión masculina que produce erección es más vulnerable a la interrupción que la respuesta femenina. Por lo tanto, los hombres tienden a experimentar una dificultad mucho mayor en lo que se refiere a la capacidad de erección que las mujeres en relación a la lubricación vaginal.

En hombres y mujeres, las respuestas orgásmicas pueden también considerarse sucesos similares. El orgasmo en mujeres por lo común se desencadena por estimulación del clitoris, y produce contracciones de los músculos alrededor de vagina y perineo. La estimulación del pene en el hombre produce liberación orgásmica, que también incluye contracciones musculares en la base del pene, lo que sucede en la misma secuencia cronológica rítmica que experimenta la mujer. Se suponía que la única diferencia en la fase orgásmica entre mujeres y hombres era la eyaculación. Los hombres eyaculan, pero no así las mujeres. No obstante, las nuevas investigaciones indican que las mujeres tal vez de hecho eyaculen a partir de las glándulas prostáticas femeninas alrededor de la uretra.



Ciclo de la Respuesta Sexual Humana (Hombre)

TELIS CON FALLA DE ORIGEN

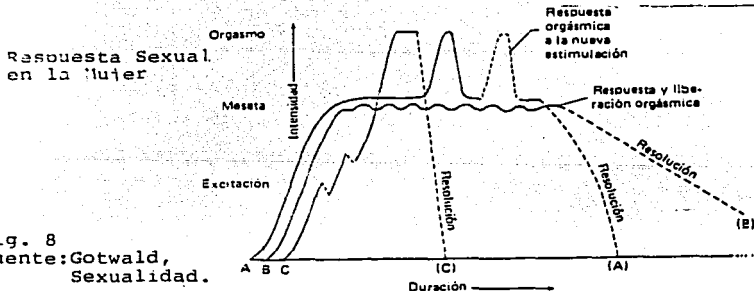


Fig. 8
Fuente: Gotwald,
Sexualidad.

Fase de Deseo

Se dice en teoría que nuestro deseo de la experiencia sexual, nuestros sentimientos de excitación" comienzan con una serie compleja de sucesos fisiológicos en el cerebro.

El deseo sexual (libido) en ambos sexos es vivido como sensaciones específicas que mueven al individuo a "buscar" o "volverse receptivo a" la experiencia sexual. Después de encontrar gratificación, fuerzas inhibitorias hacen que la persona no se interese en asuntos sexuales por un periodo que puede variar.

Se ha demostrado por las investigaciones que el apetito sexual es similar a otros impulsos, como hambre, sed y necesidad de sueño, de las cuatro formas siguientes:

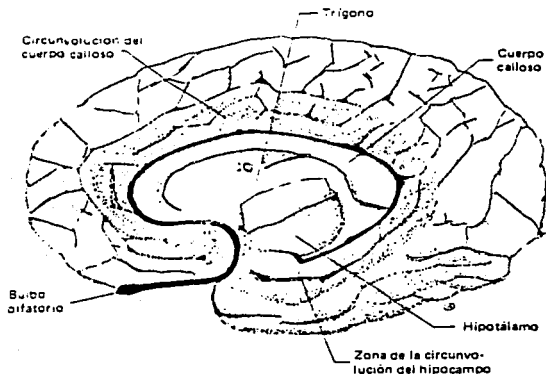
1. Depende del funcionamiento apropiado de una estructura anatómica en particular el cerebro.
2. Está equilibrado por centros en el cerebro que también lo inhiben.
3. Está regulado por dos neurotransmisores específicos en el cerebro, uno que actúa como inhibidor y el otro como excitador.
4. Muestra conexiones con otras zonas del cerebro, lo que permite la integración del impulso sexual en la totalidad de la experiencia de la persona.

Una parte del cerebro que se llama sistema límbico, forma una curva alrededor de la estructura que une las dos mitades del cerebro, contiene centros que controlan nuestras experiencias emocionales y sexuales. Los centros nerviosos inhibidores y activadores que se encuentran en el centro límbico están unidos a otras partes de la red en el hipotálamo y región preóptica del cerebro. También es probable que la red sexual está unida a centros de placer y dolor también en el cerebro. Cuando la experiencia sexual estimula el centro del placer en el cerebro, experimentamos placer. Cuando se estimula el centro del dolor, vence cualquier deseo de actividad sexual. Recientemente se ha descubierto que las células cerebrales producen una sustancia química que se llama *endorfina*, que a su vez puede producir sensaciones placenteras. Se cree que quizá las actividades placenteras se experimentan como tales a causa de la estimulación del centro del placer por las endorfinas.

Al mismo tiempo, los centros del dolor en el cerebro tienen prioridad sobre los centros del placer porque la supervivencia, o la evitación del dolor o peligro, es afín a nuestra existencia.

Pero existen otras hormonas y otras sustancias químicas corporales que tienen efecto sobre el deseo en hombres y mujeres, por ejemplo la testosterona, que indudablemente produce una influencia positiva sobre la libido o impulso sexual de uno y otro género. Es necesaria para la activación del centro sexual. La investigación ha puesto de manifiesto una hormona que libera el cerebro que se llama LH-RF (factor de liberación de hormona luteinizante), que tal vez aumente el deseo sexual aunque no haya testosterona.

En términos biológicos, la inhibición del deseo sexual o "apagamientos", también tienen relación con las conexiones nerviosas en el cerebro. Esto está mediado por hormonas y otras partes del cerebro que controlan varios aspectos de nuestras vidas. Si no podemos tener ideas éticas o "encendernos", esto se debe a que las vías hacia los centros del placer están bloqueadas por los centros del dolor más exigentes. Esta "clausura" del centro sexual se manifiesta por la incapacidad de la persona para exponerse a las otras cuatro fases del ciclo de la respuesta sexual. No se observan cambios visibles en el cuerpo durante esta fase. El apetito sexual, esto es, la fase del deseo, debe funcionar para que el sujeto se interese en la actividad sexual.³³



TESIS CON
FALTA DE ORIGEN!

Sistema límbico del cerebro. Este sistema complicado contiene centros que controlan las experiencias emocionales y sexuales.

Fig. 9

³³ Gorwal, W. Sexualidad la experiencia humana, pág. 285-290

Fase de excitación.

Esta fase es activada por el sistema parasimpático y también se denomina vasocongestiva o miotónica. En ambos sexos los signos de excitación sexual son producidos por el reflejo de vasocongestión de los vasos sanguíneos genitales. En la cual los genitales se "hinchon", se distienden y cambian su forma para adaptarse y prepararse para el coito. Estas modificaciones son diferentes en los dos sexos pero complementarias: el pene adquiere dureza y mayor tamaño para penetrar a la vagina la cual se hincha y humedece para recibirlo.

En todo el organismo se presentan modificaciones y ajustes fisiológicos extragenitales. El corazón aumenta la frecuencia de latidos por minutos por lo que se acelera la circulación sanguínea, aumenta la frecuencia respiratoria, se eleva la tensión arterial, se presenta una vasocongestión superficial o rubor sexual en algunas áreas del cuerpo, se observa la erección del pezón y la ingurgitación de la areola.

Se presenta miotonía (tensión muscular) y se observan los espasmos carpopedal y del esfínter anal. El organismo empieza a bloquear la atención a otro tipo de estímulos no sexuales y a concentrarse en las propias sensaciones que sí lo son. La excitación se presenta más rápidamente en el hombre que en la mujer por lo que ella requiere de mayor tiempo de estimulación erótica.

En el hombre se presenta la erección debido a que el tejido del pene se llena con sangre y por un sistema hemodinámico se mantiene erecto. El glándula cambia de coloración. Los testículos aumentan de tamaño, rotan sobre su eje y se acercan al cuerpo ya que se contrae el escroto y el músculo cremáster. Las glándulas bulbouretrales secretan unas gotas de líquido con el propósito de limpiar la uretra.

En la mujer se presenta la lubricación que es un fenómeno que se debe al aumento en la velocidad del flujo sanguíneo y a la vasocongestión. La lubricación es un trasudado de las paredes de la vagina y no una secreción de las glándulas de Bartholín como anteriormente se creía.

Los cambios que ocurren en sus genitales externos son el cambio de coloración de claro a oscuro, la erección del clítoris (órgano sumamente sensible), el engrosamiento y aplanamiento de los labios mayores y menores. Al final de esta fase la coloración de los genitales es más intensa, el clítoris se retrae, se abre el orificio externo del cérvix y se vasodilata el tercio externo de la vagina para formar la plataforma orgásmica.³⁴

³⁴ IMSS. Psic. Monroy. A. Jefatura de Servicios de Planificación familiar, pág. 4. 5

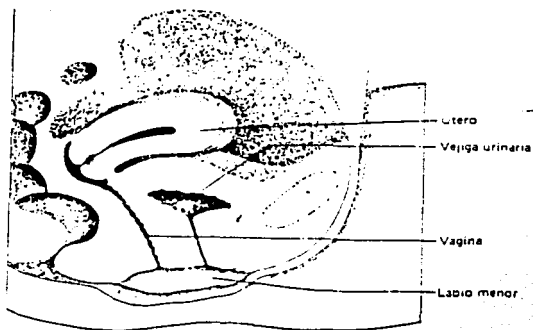


imagen de fase de excitación

MUJER

TESIS CON
 FALLA LE ORIGEN

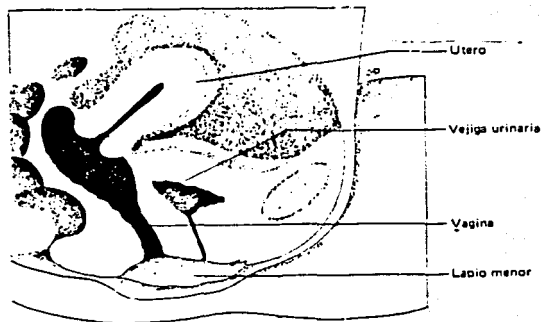
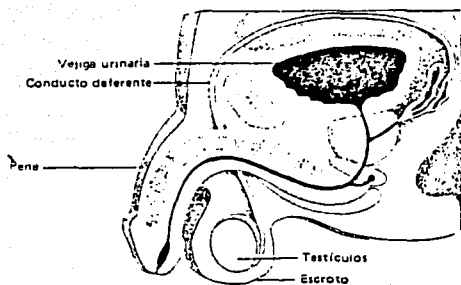


Fig. 10 Gotwald, William Sexualidad



TESTIS CON
FALLA LE ORGEN

Fase de excitación en el Hombre

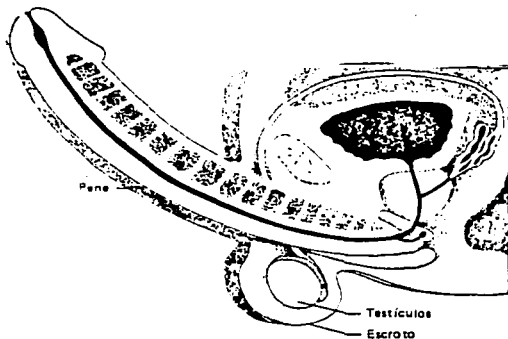


Fig. 11 Gotwald, Wuilliam, Sexualidad

03-A

Fase de Meseta

Cierto número de reacciones corporales caracterizan la fase de meseta en mujeres y hombres. Es el lapso en que, si se prosigue la estimulación eficaz, la tensión sexual aumenta al punto en que el sujeto tal vez penetre en la fase orgásmica. Puede ocurrir en uno y otro sexo una reacción vasocongénita superficial en la piel que se llama rubor sexual (enrojecimiento en la piel clara), aparece primero en el abdomen.

Otras reacciones generales evidentes durante la fase de meseta son respiración rápida y profunda y aumento de la frecuencia cardíaca.

A medida que siguen aumentando las tensiones sexuales, se hincha la areola de la mama de la mujer. La mama que no ha amamantado sigue aumentando de tamaño, y tal vez se hinche 25% o más en relación a su tamaño estimulado.

En el hombre, el pene aumenta ligeramente de diámetro, en especial en la base del glande. El glande tal vez también se oscurezca. Continúa la elevación de los testículos, hasta que están oprimidos firmemente contra el perineo. Debido a la reacción de vasocongestión profunda, los testículos también aumentan de tamaño, a veces 50%.

Cuando se llega a la fase de meseta, los labios menores de la mujer aumentan de diámetro dos o tres veces, se hacen de color rojo brillante u oscuro.

En esta fase el clítoris muestra un cambio significativo que ocurre en todas las mujeres en respuesta a la estimulación eficaz: se retrae debajo de la caperuza clitorídea.

Durante la fase de meseta, el tercio externo de la vagina se llena de sangre. Junto con los labios menores, que también se llenan de sangre, forma la plataforma orgásmica. Esta plataforma ayuda a la vagina en su función de receptáculo del semen, al confinar el semen en el extremo superior de la vagina, si es que ocurre la eyaculación.

El lapso que dura esta fase antes del orgasmo depende de muchos factores: la eficacia de los estímulos, la edad del sujeto, y el deseo de alcanzar el orgasmo. Si el deseo o la estimulación no son suficientes, el sujeto no experimentará el orgasmo y, en vez de ello, pasará a una fase de resolución duradera.

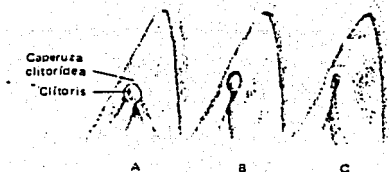
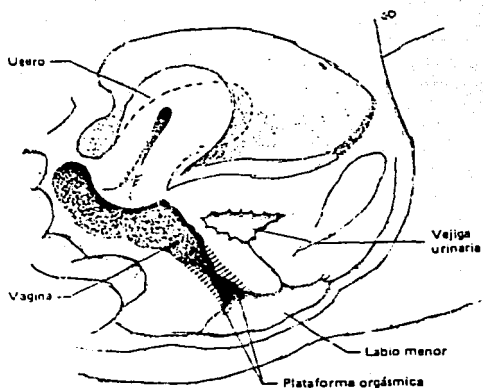


Fig. 12
Reacción del clitoris durante el ciclo de respuesta sexual. A, clitoris en estado no estimulado. B, respuesta de erección del clitoris durante la fase de excitación. C, retracción del clitoris debajo de la caperuza clitorídea durante la última fase de meseta.



TEJIS C.C.N
FALLA LE ORIGEN

Fig. 13 Gotwald, William, Sexualidad La Experiencia Humana
La plataforma orgásmica se forma durante la fase de meseta, cuando el tercio externo de la vagina y los labios menores se llenan de sangre. El útero se muestra en su posición completamente elevada (la posición anterior a la elevación se representa por la línea punteada)

Fase Orgásmica.

La fase orgásmica dura sólo 3-15 segundos. Es un momento de liberación, en que los cambios de vasocongestión y miotónicos que aparecieron durante las primeras dos fases dejan de aprisionar al cuerpo. Las reacciones corporales del orgasmo son involuntarias, esto es, no pueden controlarse en forma consciente. La sensación del orgasmo se percibe en la pelvis y se concentra en forma específica en el clitoris, vagina y útero en la mujer, y en el pene, próstata y vesículas seminales en el hombre.

En mujeres, el orgasmo es una respuesta fisiológica que puede ocurrir sólo si la psique coopera.

El orgasmo hace más sexual al sexo, y el sexo más sexual tal vez sea parte del cemento que establece el vínculo de pareja.

Si bien en los hombres, el orgasmo y eyaculación a menudo se consideran sinónimos, no son la misma cosa: En algunos casos, ocurre el orgasmo junto con sus sensaciones subjetivas asociadas, sin que haya liberación visible del semen. En algunos hombres ocurre el fenómeno inverso. Sin embargo, sin duda la eyaculación es por lo regular el signo más manifiesto de que ocurre el orgasmo. La reacción de eyaculación se debe a contracciones rítmicas de los músculos de la región pélvica. Estas contracciones y las de la uretra en el pene expulsan el semen en forma pulsátil.

El esfínter rectal también se contrae en forma regular durante la eyaculación. Como en la mujer, durante el orgasmo la frecuencia cardíaca aumenta de 110 a 180 o más latidos por minuto.

Además en el hombre se da una sensación de inevitabilidad de la eyaculación, ocurre en el momento en que el líquido seminal se impulsa hacia la uretra cerca de la próstata. Esta sensación de que se acerca la eyaculación dura dos o tres segundos, después de los cual el hombre ya no puede retrasar o controlar su proceso.

Ambos tal vez experimentan rubor intenso, contracciones rítmicas en la región pélvica, aumento de la frecuencia cardíaca y contracciones de los músculos corporales, incluyendo espasmos en manos y pies. Por una parte, la mujer es capaz de conservar el orgasmo durante un lapso mayor. Por otra parte, es capaz, después del orgasmo, de regresar de inmediato a otro orgasmo, y otro y... es multiorgásmica.

El placer del orgasmo de la mujer en la actualidad es aceptable en lo social como un fin en sí mismo. Pero aún no nos hemos ajustado por completo a la idea de que el hombre no puede "dar" un orgasmo a la mujer, así como la mujer no puede eyacular por el hombre. Cada mujer debe crear su capacidad o potencial por sí misma y permitir que ocurra, con o sin su pareja sexual. Los hombres también deben ser responsables de su propia capacidad de erección y orgasmo. Cada uno debe funcionar en lo sexual por su propia cuenta.

Fase de Resolución.

La tensión sexual se libera durante el orgasmo, y una vez que esto ha ocurrido el cuerpo regresa con lentitud a su estado no estimulado, lo que esencialmente consiste en una retirada fisiológica a través de los niveles de meseta y excitación. El cuerpo tal vez tarde 10-15 minutos para completar esta reversión; sin embargo, si no se experimenta el orgasmo, la fase de resolución puede durar casi un día. Las mujeres son capaces de regresar al orgasmo a partir de cualquier punto de la fase de resolución, en tanto que experimenten de nuevo estimulación eficaz. En el hombre, se añade un período refractario a la fase de resolución. Durante el período refractario es imposible que el hombre regrese al orgasmo, aunque se someta a nueva estimulación.

A medida que el cuerpo comienza a regresar a "sus asuntos ordinarios", el rubor sexual, si es que ocurrió, desaparece con rapidez. En este momento, los hombres y mujeres tal vez experimenten una reacción de sudación. La aparición de esta reacción no tiene relación con la temperatura ambiente o con el esfuerzo físico que se dedicó a la experiencia sexual. Así pues, cuando ocurre, es en verdad parte del ciclo de respuesta sexual humana.

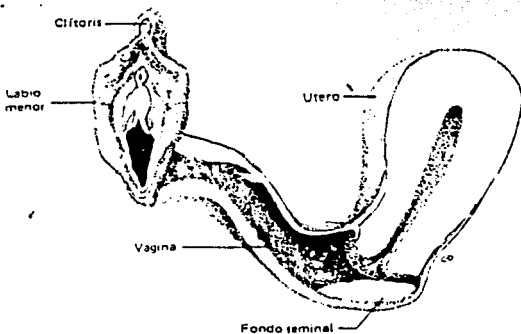
La erección del pene se pierde, esto ocurre con rapidez en el transcurso de 5-10 segundos después de la eyacuación.

En la mujer, el clítoris rápidamente regresa a su posición normal, aunque tal vez permanezca lleno de sangre durante 5-10 minutos después del orgasmo.

A medida que progresa la fase de resolución, los testículos disminuyen de tamaño y adoptan su posición ordinaria, y el escroto pierde su aspecto congestionado. Los labios de la mujer regresan a su aspecto no estimulado, y la vagina a la postre se colapsa para formar un espacio potencial antes que real. A medida que la vagina regresa a su estado no estimulado, el útero desciende a su posición original, para sumergir el cuello uterino en el fondo seminal que se ha formado en el extremo superior de la vagina después de la relación sexual. Pronto la frecuencia cardíaca y respiratoria regresan a su nivel regular. Se ha completado el ciclo. El cuerpo de nuevo funciona en ausencia de estímulos sexuales.

La fase de resolución en general es el momento en que la mayoría de las parejas sexuales pueden compartir la ternura de su relación, compartir sus sentimientos uno hacia el otro. Esto es aún más agradable si ambos miembros de la pareja pueden sentir la misma satisfacción de la experiencia sexual. El resplandor de esta experiencia puede oscurecerse a un grado considerable si un miembro de la pareja no está satisfecho y rehusa o duda en aceptarlo ante su pareja. El orgasmo no debe ocurrir en forma simultánea para que sea satisfactorio; en muchas parejas este tal vez no sea un objetivo apropiado o incluso deseable.

*Todos los conocimientos del mundo sobre los procesos corporales no bastarán para resolver los problemas que se originan de la falta de comunicación sobre las necesidades sexuales.*³⁵



El orgasmo permite que el cuello uterino, que se ha levantado del piso de la pelvis, se sumerja de nuevo en el fondo seminal.

Fig.14 Gotwald, Wiliam, Sexualidad-La experiencia humana

³⁵ Gotwald, W. Sexualidad, la experiencia humana, pág. 288-303

5.2.3 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Actualmente se reconoce que son múltiples los factores que hacen que los jóvenes tengan relaciones sexuales, muchas de ellas sin ninguna protección.

Es por esto que los programas de salud sexual y reproductiva deben adoptar estrategias educativas que permitan hacer conciencia en los/las jóvenes sobre los riesgos de las prácticas sexuales sin protección, pero aún más en aquellos casos en donde la adolescente ya presentó una problemática de esta naturaleza se debe motivar para evitar la repetición de éste fenómeno, a través de la utilización de algún recurso anticonceptivo que más se adapte a sus necesidades, ya que los estudios reportan que los adolescentes que iniciaron su vida sexual, lo hicieron con consecuentes riesgos a su salud reproductiva (embarazo no deseado, aborto, enfermedades de transmisión sexual, etc.).

De todo lo anterior es importante considerar que los jóvenes se encuentran enfrentando serios problemas con la información, ya que muchos de ellos refieren que la comunicación con los adultos no es fluida y congruente, puesto que la doble moral y la forma de educar a los jóvenes es diferente aun bajo el mismo núcleo familiar. Además, reciben pobre o nula información por parte de los padres o familiares; así como la dificultad de los profesores de la escuela para abordar este tipo de temas y la omisión, en algunas ocasiones, de información, por falta de capacidad técnica. Finalmente los mensajes de los medios masivos de comunicación y la de los amigos, algunas veces no permite a los jóvenes adoptar conductas asertivas y objetividad en la toma de decisiones.

Ante esto, ya se había mencionado la influencia de los adultos hacia los estilos de vida de los jóvenes por lo cual es necesario reflexionar como profesionales de la salud, sobre qué estrategias tomar para llevar a cabo la educación para la salud, tomando en cuenta el futuro y lo que realmente desean saber los jóvenes.

En la actualidad como educadores es necesario evitar ser conservadores y favorecer y mostrar la información de manera sencilla y directa para que sea captada e interesada para aplicarse en la vida de los jóvenes, por lo contrario cuando la educación se vuelve demasiado formal o bancaria se ha demostrado que no existe motivación para el aprendizaje.

Es decir, para que hablar de todas las funciones del cuerpo humano, cuando el interés de los adolescentes y adultos jóvenes es evitar las infecciones de Transmisión Sexual y embarazos no deseados; pero sin olvidamos en la responsabilidad que tiene el educador o el profesional de la salud en ayudar a elegir con responsabilidad el mejor método o forma en la que puedan disfrutar su sexualidad, o como hoy en día se conoce "consentimiento informado" en donde sólo de esta forma ellos tomarán en cuenta evitar factores de riesgo, así como las ventajas y desventajas que esto podría tener.

Se ha observado que la información que han recibido los adolescentes, por cualquier vía, en ocasiones es incompleta. Por ejemplo, se brinda información sobre los recursos preventivos pero poco se insiste respecto al uso correcto de los métodos anticonceptivos, faltando información acerca de ventajas, desventajas, indicaciones, contraindicaciones y qué hacer en caso de duda u olvido. Todo lo anterior es necesario que se le proporcione al adolescente, para propiciar su uso con menos porcentaje de fallas. Debemos promover la prescripción, así como el lugar de adquisición y fomentar el seguimiento clínico que permita evaluar los beneficios y problemáticas observadas por los usuarios.

Es necesario también anotar que el grupo adolescente está incluido dentro del contexto integral de salud reproductiva, la cual se entiende como el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos. La salud reproductiva es la capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Cada aspecto de la vida se debe disfrutar a plenitud, incluyendo obviamente el de la sexualidad. Sin embargo, todo este disfrute, este placer que implica la sexualidad, especialmente lo referente a relaciones coitales, debe acompañarse de responsabilidad.

Actualmente, en especial los jóvenes, ya no son partidarios de vincular las relaciones sexuales con la reproducción; por le contrario, la preocupación se vuelca hacia el prevenir embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual. Aunque esta actitud y conducta de prevención no siempre ocurre, lamentablemente. Aún nos vemos envueltos en muchos mitos en torno a la sexualidad, los métodos anticonceptivos no son la excepción, he aquí la importancia de hablar de ellos.

El uso de anticonceptivos permite que las expresiones de la sexualidad se den en forma más libre, tornándola más sublime y placentera. Contrariamente, el no usar ningún método anticonceptivo aumenta la posibilidad de embarazos no planeados, y con éstos, crisis o problemas emocionales, entre otros, a nivel individual, de pareja, y en algunos casos a nivel familiar, convirtiéndose entonces en una sexualidad displacentera.

Lo ideal para decidir que método anticonceptivo utilizar, es pensar en pareja; basada la relación en la comunicación y la confianza.

Para elegir un método anticonceptivo se tiene que considerar varios aspectos: la aceptabilidad que se tiene hacia cada uno de los métodos (sin basarse, por supuesto, en falsas creencias o mitos), el estado de salud de los jóvenes, la frecuencia en las relaciones sexuales, entre otros. Es decir que debe seleccionarse ajustándose a características individuales.

Lo recomendable es la revisión, asesoría y seguimiento médico para elegir el mejor método, por lo cual hay que considerar que los métodos anticonceptivos tienen ventajas y desventajas.³⁶

Definición.

*Los métodos anticonceptivos son los recursos y procedimientos que se utilizan con el fin de evitar la unión del óvulo o gameto femenino con el espermatozoide o gameto masculino, y que permiten la cópula entre la pareja sin el riesgo de embarazo.*³⁷

CLASIFICACIÓN

TEMPORALES	
• MÉTODOS NATURALES	Ritmo-calendario Temperatura basal Método de Billings
• HORMONALES	Orales Inyectables Implantes
• DISPOSITIVO INTRAUTERINO	T de Cobre

³⁶ Dra. Guevara, LeticiaPas et al, Métodos Anticonceptivos, S.O.S, pag. 1, 2

³⁷ SSA, Manual de contenidos para el curso básico de orientación sexual y planificación familiar para promotores, pag. 119

• MÉTODOS DE BARRERA	· Espermicidas Condón
EMERGENCIA	
• TRES DÍAS o 72 HORAS	Dosis alta Dosis baja
PERMANENTES	
<ul style="list-style-type: none"> • OCLUSIÓN TUBARÍA BILATERAL (SALPINGOCLASIA) • VASECTOMÍA 	

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES

Estos métodos se denominan con el término de "naturales porque no requieren fármacos o dispositivos artificiales para lograr su efecto anticonceptivo, sino que constituyen medidas que evitan la conjunción óvulo-espermática de manera natural, dado que su efecto se logra haciendo uso de mecanismos fisiológicos.

Ritmo-Calendario (Ogino-Knaus)

(Knaus). Se toma en cuenta que la ovulación tiene lugar a la mitad del ciclo, era posible evitar el embarazo si la pareja se abstenía de tener relaciones sexuales precisamente el día 14 después de iniciada la menstruación. Sin embargo, se señala que la ovulación podía tener lugar 24 a 48 horas antes o después del día 14 del ciclo, según la duración de éste, por lo cual era muy importante que las parejas que decidieran practicar éste método, se abstuvieran del coito no sólo durante uno sino por lo menos durante 5 días, a partir del día 11 del ciclo, con lo cual siempre se evitaría el paso de espermatozoides al aparato genital durante la ovulación, independientemente de la duración del ciclo menstrual.

(Ogino). Sugirió que el período de abstinencia sexual se anticipara 1 día y se prolongara 1 más a los 5 propuestos por Knaus, dado que tenía que considerarse que el óvulo tiene un ciclo vital de 24 horas, pero el espermatozoide lo tiene de 48, lo cual podría causar que éste fecundara al óvulo, si sólo se tuvieron 24 horas de abstinencia previas a la ovulación. Por lo tanto, él propuso, y así se sigue aceptando, que la abstinencia sexual se prolongara del día 10 al 17 del ciclo menstrual, con el fin de alejar lo más posible a la ovulación del último contacto sexual.

Ventajas.

- Especialmente cuando la mujer tiene ciclos muy regulares. Es mucho mejor practicar este método que no usar ninguno, especialmente cuando exista un riesgo y la pareja no acepte un método anticonceptivo artificial.

Desventajas

- Si bien hay parejas que aceptan este método, la mayoría lo rechazan por el hecho que requiere mucha fuerza de voluntad para practicarlo. El número de embarazos que ocurren con el método es muy elevado, no porque sea poco eficaz, sino porque las parejas muy frecuentemente no pueden reprimir el acto sexual si están en fase de deseo.
- Una de las principales desventajas de este método la constituye el hecho de que requiere una consejería minuciosa, que debe acompañarse de una capacitación detallada.
- Otra desventaja, que constituye una contradicción absoluta del mismo, es la irregularidad menstrual, frecuentemente causada por disfunciones ováricas. Otra contradicción absoluta del método la constituye el puerperio tardío, cuando se va a reanudar la menstruación, ya que en esta etapa es imposible determinar la fecha de la primera ovulación posparto.
- En resumen, este método es aconsejable en aquellas parejas comprometidas formalmente a practicar períodos de abstinencia sexual de una semana durante el ciclo menstrual; en las que están dispuestas a aceptar el embarazo con gusto en caso de fallar a ese compromiso; en las mujeres con ciclos menstruales muy regulares; y en las que el embarazo no constituya un gran riesgo para su salud; y algo muy importante No Previene Infecciones de Transmisión Sexual.

Temperatura Basal.

También se funda en la abstinencia sexual periódica, pero se diferencia de aquel en que la práctica de éste permite detectar la ovulación con exactitud si la mujer registra diariamente la toma de su temperatura basal.

Es sabido que la progesterona tiene un efecto hipertermizante, y que este efecto se prolonga durante toda la fase secretora del ciclo menstrual. Este fenómeno es aprovechado en la clínica con frecuencia, cuando, sin recurrir a otros procedimientos invasivos, se quiere comprobar si la mujer ovula o no.

La forma de practicarse consiste en que la mujer debe tomarse la temperatura en la mañana, antes de levantarse y de empezar a realizar cualquier actividad física, y apuntarla diariamente, durante todo el mes, con el fin de trazar una gráfica que permita observar el día en que la temperatura se eleva, que debe interpretarse como el día en que se inicia la secreción de progesterona después de la ovulación. Se interpretan de 3 a 6 ciclos y observar la variación en las fechas de ovulación, guardar abstinencia sexual durante los días comprendidos entre esas variaciones, se deben evitar las relaciones sexuales desde el día 11 del ciclo, ya que hay que considerar las 48 horas de vida del espermatozoide y el hecho de que la mujer ovula con frecuencia los días 13 del ciclo. A partir de esta fecha, la abstinencia sexual se debe prolongar durante 7 días, con lo cual se incluyen las ovulaciones frecuentes que ocurren los días 14 ó 15.

Ventajas

- Mismas ventajas que el método del ritmo-calendario.

Desventajas

- Además de las mencionadas para el método anterior, no es fácil interpretar las gráficas de temperatura basal, ya que a menudo las curvas que resultan son muy irregulares y no permiten precisar en qué día ocurrió la ovulación.
- Resulta muy incomodo tomarse la temperatura diariamente, pero, sobre todo, tener que esperar de 3 a 6 meses para poder iniciar el método.
- Hay que considerar que cualquier factor patológico que se acompañe de fiebre, obliga a suspender el método en el mes que ocurra, ya que la elevación térmica motivada por ese factor impide diferenciarla de la elevación de la temperatura motivada por la ovulación. Y por su puesto tampoco evita las Infecciones de Transmisión Sexual.

Método de Billings

Es un método de abstinencia sexual periódica, que se funda en la presencia o ausencia del moco servical, así como en las variaciones de la consistencia física de éste en el curso del ciclo menstrual. Este método se emplea en la clínica con fines diagnósticos, cuando se practica en forma seriada, para conocer las fases del ciclo y, en particular, para investigar si éste es ovulatorio, según las variaciones de la filancia del moco cervical.

Su práctica consiste precisamente en que la mujer observe con sus dedos o con un papel las características físicas del moco cervical, una vez que éste se ha expulsado y se encuentra entre los labios mayores de la vulva.

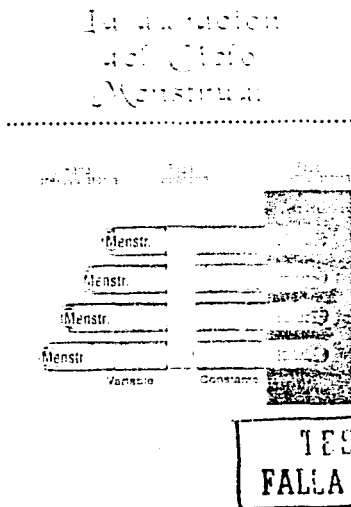
Después de la menstruación se continúa una serie de días (7 aproximadamente) en los que la vulva está seca ("días secos"), y, en seguida, ese órgano se humedece durante 4 días aproximadamente, con un moco transparente y fluido ("resbaloso"), que aumenta en cantidad progresivamente para, finalmente, disminuir bruscamente y tornarse espeso y viscoso ("pegajoso") hasta el día anterior a la menstruación. Si la mujer identifica esas características, puede prevenir el embarazo si se abstiene de tener relaciones sexuales desde 3 días antes de la fecha en que el "flujo" alcanza su mayor fluidez, y mejor, si la abstinencia sexual se guarda desde el inicio de la humedad vulvar ("días húmedos"). Esta abstinencia sexual se debe prolongar durante 6 a 10 días y, después, cuando el moco cervical es espeso y viscoso, pueden reanudarse las relaciones sexuales.

Ventajas

- Es indudable que, dependiendo de la cantidad de moco cervical secretado, es factible determinar sus características a nivel vulvar (fluido o viscoso), y, además, que la mujer puede identificar los días secos y los días húmedos durante su ciclo menstrual. Por lo tanto, si se adiestra a una mujer a hacer esa identificación, logra señalar con precisión cuándo está "seca" y cuándo está "húmeda" y, en consecuencia, en qué días debe abstenerse de tener relaciones sexuales.
- Este método se funda en un hecho fisiológico objetivo, que ocurre todos los meses, y no en apreciaciones que pueden ser exactas, pero que requieren medidas indirectas (temperatura) o cálculos basados en probabilidades (ritmo calendario).

Desventajas

- La identificación de los mismos requiere un adiestramiento cuidadoso, cuya valoración tiene que hacerla el personal de salud, y esto ocupa a veces mucho tiempo, particularmente cuando la mujer tiene escasa o nula escolaridad. El método se invalida cuando la usuaria presenta infecciones o parasitosis vulvo-vaginales que se acompañan de flujo.
- A muchas mujeres les desagrada manipularse sus órganos genitales externos y, sobre todo, explorarse sus propias secreciones.
- Por lo tanto. Este método es de utilidad para algunas parejas que se comprometen mutuamente a practicar la abstinencia sexual periódica, pero está contraindicado en presencia de secreciones patológicas y cuando la mujer no está dispuesta a manipular sus secreciones normales.³⁸



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fig. 15 Fuente: Sexualidad Responsable, Métodos Naturales

³⁸ Vazquez.E. Medicina Reproductiva en México. Métodos anticonceptivos naturales. pág. 333- 335

MÉTODOS HORMONALES

Los métodos hormonales son preparaciones elaboradas a base de hormonas sintéticas derivadas de los estrógenos y la progesterona que, administradas regularmente, son capaces de evitar el embarazo.

Mecanismo de Acción

- Consiste principalmente en actuar sobre el sistema endocrino de la mujer para inhibir la ovulación; también modifican la consistencia del moco cervical volviéndolo espeso y escaso, de modo que actúa como una barrera para impedir el paso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina; también inhiben la motilidad de las trompas uterinas impidiendo, igualmente, el paso de los espermatozoides; además, producen atrofia del endometrio evitando la nidación del huevo.

ORALES.

- Los hormonales orales revolucionaron el control de la fertilidad por su elevada eficacia anticonceptiva y su relativamente fácil forma de administración, extendiéndose su empleo en forma rápida por todo el mundo; sin embargo, pronto se les asoció con efectos secundarios indeseables, algunos de ellos graves.

Modo de Empleo.

- La usuaria debe empezar a tomar las tabletas durante los primeros cinco días de su ciclo menstrual. En el caso de paquetes de 21 tabletas se tomará una diariamente; al término descansará 7 días (en los cuales generalmente ocurrirá la menstruación), e iniciará un nuevo paquete al octavo día. Los paquetes de 28 tabletas; contienen 7 tabletas más, generalmente de diferente color que contiene hierro o lactosa; debe tomarse una pastilla diariamente sin interrupción y se iniciará un nuevo paquete al finalizar el anterior

Indicaciones

- Para mujeres en edad fértil menores de 35 años con vida sexual activa, con pareja única o que se sepan sanas, que desean espaciar sus embarazos y que no presenten ninguna contraindicación para el uso de hormonales.
- Debe tomarse en cuenta el examen físico, papanicolaou, examen de mamas y pélvico y mantener un seguimiento médico mensual, posteriormente anual.

Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo
- Alteraciones tromboembólicas o tromboflebíticas
- Antecedentes o presencia de enfermedades cardiovasculares
- Alteraciones o presencia de enfermedades hepáticas
- Antecedentes o presencia de cáncer uterino o mamario
- Lactancia
- Enfermedades renales
- Diabetes
- Hemorragia transvaginal no diagnosticada
- Hiperliproteinemias
- Más de 35 años de edad
- Tabaquismo
- Insuficiencia venosa
- Hipertensión arterial
- Depresión
- Epilepsia
- Hemoglobinopatías.
- Antecedentes de diabetes gestacional
- Migraña
- Uso de fármacos que interactúan con los hormonales orales (sedantes, hipnóticos, anticoagulantes, antihipertensivos, algunos antibióticos, antidepresivos, antipalúdicos, anticonvulsivos)
- Obesidad
- Intervención quirúrgica reciente
- Inmovilización de alguna extremidad.³⁹

Ventajas

- Pueden proteger de los quistes funcionales del ovario, de la enfermedad benigna de la mama, de la enfermedad pélvica inflamatoria y de la anemia por deficiencia de hierro, además de producir ciclos menstruales regulares con disminución en la cantidad de la hemorragia menstrual y del número de días, disminuir o evitar el dolor menstrual y los síntomas de la endometriosis.⁴⁰
- Es de bajo costo, es fácil de usar, reduce el síndrome de tensión premenstrual.

Desventajas

- Puede provocar efectos secundarios temporales
- Su uso requiere receta y control médico.
- Su olvido puede provocar que disminuya su efectividad.

³⁹ S.S.A. Manual de contenidos para el curso básico de orientación sexual..., pág. 121.122

⁴⁰ Vázquez, E. Medicina Reproductiva en México, pág. 327

Efectos secundarios

- Cefalea, náusea, vómito, mareo, mastalgia, cloasma, irregularidades menstruales, incremento de peso corporal, generalmente es transitorio y puede presentarse en los primeros meses de uso.

Recomendaciones

- En el caso de olvido de una tableta se recomienda tomársela en la mañana siguiente o tan pronto como lo recuerde, sin suspender la correspondiente a ese día; si el olvido es de dos tabletas se recomienda tomar dos tabletas diarias durante los siguientes dos días al olvido y usar otro método de barrera por el resto del ciclo. Si el olvido fueron 3 tabletas, suspender el método y usar métodos de barrera el resto del ciclo e iniciar el siguiente ciclo.

***No evita las infecciones de transmisión sexual, como el VIH-SIDA.**

HORMONALES INYECTABLES

Los anticonceptivos inyectables se presentan en ampolletas con soluciones inyectables cuya efectividad dura un mes; constituye uno de los métodos más eficaces y fácil de usar.

Modo de empleo

- Se administran por vía intramuscular cada 30 ± 3 días, aplicando la primera dosis en los primeros 5 días del ciclo, o en cualquier día después, siempre que se esté razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada.

Indicaciones

- Mujeres que desean un método seguro por un período de uno o dos años.
- Los mismos que los orales -

Contraindicaciones

- Además de las anteriores,
- Nulíparas
- Adolescentes

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Ventajas

- Es un método alternativo para mujeres cuyo estado de salud no permite el uso de estrogénos.
- Los mismos que el método anterior.

Desventajas

- No puede ser suprimido inmediatamente en caso de que aparezcan efectos secundarios a su aplicación.
- Los mismos que el método anterior.

Efectos secundarios

- Son similares a los producidos por los hormonales orales; sin embargo, es importante tomar en cuenta sus efectos sobre la fecundidad (capacidad para reproducirse) y el ciclo menstrual, por ejemplo:
- Menstruaciones irregulares
- Manchas o sangrado intermenstrual
- Ausencia de menstruación
- Retraso en la fecundidad después de suspender el método

Recomendaciones

- Después de parto o cesárea, si la mujer no efectúa lactancia, puede iniciarse después de la tercera semana, igual que los hormonales combinados orales.
- Después de un aborto puede iniciarse a las 2 semanas.
- Suspender 45 días antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad. Reiniciar 2 semanas después.

IMPLANTES SUBDÉRMICOS

Son métodos anticonceptivos temporales que se insertan debajo de la piel del brazo, desde donde liberan a la circulación dosis bajas y sostenidas de una hormona.

El implante más conocido es el Norplant, que consiste en un juego de seis cápsulas de dimetipolisiloxano, cada una de 34 milímetros de longitud y 2.4 milímetros de diámetro contenido 36 miligramos de levonorgestrel. La liberación inicial es de 85 ug por día de levonorgestrel, descendiendo a 35 ug por día a los 18 meses y a 30 ug por día en forma constante hasta los 5 años de uso eficaz recomendado.

El implante actúa como anticonceptivo por producir un moco cervical espeso, no penetrable por los espermatozoides.

También inhibe la ovulación en cerca de la mitad de los ciclos. Es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces; la tasa acumulada de embarazos al final de los 5 años es de 1%.

Modo de Empleo

- Se coloca por debajo de la piel, en parte interna del brazo no dominante, requiriendo una incisión muy pequeña.
- La colocación se hace por personal médico capacitado, en el día 1 a 5 del ciclo menstrual.
- Tiene una duración anticonceptiva de 3 años. Si la usuaria desea, al término de este tiempo puede removerse el implante y colocarse uno nuevo.

Indicaciones

- Valoración médica que incluye historia clínica completa, exploración física general, incluida la tensión arterial. Todo esto con el fin de determinar si existen o no contraindicaciones.
- Después de la aplicación se recomienda una nueva valoración a los 3 meses.

Contraindicaciones

- Padecimientos tromboembólicos venosos activos
- Tumores dependientes de progestágenos
- Padecimientos hepáticos severos
- Embarazo
- Sangrado vaginal de causa no especificada
- Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de Implanon

Ventajas

- Después de extraído el Norplan, el levonorgestrel desaparece de la circulación a los 8 días. La fertilidad se recupera en seguida. Para la aplicación y extracción del Norplan se requiere de una intervención quirúrgica menor, para la cual es necesario recibir la capacitación adecuada. Las principales ventajas de éste método son su elevada eficacia anticonceptiva y su larga duración de uso.

Desventajas

- Puede presentarse crecimiento ovario por acumulación de folículos no rotos. Otros efectos secundarios son la cefalea, cambios en el estado de ánimo, acné y aumento de peso corporal. En general, cerca del 60% de las mujeres reporta uno o más síntomas relacionados con el método en las primeras visitas de seguimiento.

Efectos Secundarios

- Al igual que los otros métodos de progestina sola, el implante tiene como principal efecto secundario la alteración del patrón menstrual; los ciclos tienden a regularizarse y para el 5º año las dos terceras partes de ellos son regulares y la proporción de amenorrea es menor.
- En promedio, la pérdida total de sangre en usuarias de Norplant es ligeramente menor que la que pierden las mujeres con ciclos regulares no usuarias de métodos anticonceptivos.

Recomendaciones

- Remover si se presenta evento de trombosis o en caso de inmovilización prolongada
- Si ocurre trastornos de la función hepática, se requiere valoración del especialista.
- Evaluar continuamente a las diabéticas.
- Si se desarrolla hipertensión que no responde a la terapia, discontinuar Implanon.
- Puede ocurrir cloasma (manchas oscuras en piel), pro lo que se debe evitar la exposición al sol o radiación ultravioleta mientras se use implanon.
- Considerar embarazo ectópico (fuera del útero) si la usuaria tiene amenorrea o dolor abdominal.
- En las usuarias con sobrepeso, considerar el reemplazo temprano del implante.
- Si se requieren medicamentos por algún padecimiento, sin relación con el implante, comunicar al médico que se tiene insertado implanon, para que él considere las posibles interacciones con los diversos medicamentos, y utilizar métodos de barrera, en caso de requerirse, durante el tratamiento; y de 7 a 28 días después de concluido.

La anticoncepción hormonal, con sus variadas formulaciones y vías de administración, constituyen una gama de oportunidades de anticoncepción temporal, a la que tienen y han tenido acceso millones de mujeres en el mundo, con elevada eficacia anticonceptiva en la prevención del embarazo. Pero sin embargo, quien lo aproveche tendrá en conciencia que no previene Infecciones de Transmisión Sexual.⁴¹

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

El dispositivo intrauterino (DIU) es un artefacto de plástico, de metal o de una combinación de esto materiales que se coloca en la cavidad uterina con fines de anticoncepción temporal. Casi la mayoría de los DIU cuentan con uno o dos filamentos o riendas atados al extremo distal del DIU, y sirven para la revisión y en su momento la extracción del DIU. Se puede dividir en 2 tipos: Los medicados, que pueden ser liberadores de progestinas, cobre o plata; y los no medicados, que sólo cuentan con un cuerpo de plástico o de acero inoxidable.

Mecanismo de Acción

- Es conocido que la presencia de un cuerpo extraño en la cavidad uterina interfiere con la reproducción en todas las especies estudiadas hasta la fecha, pero los pasos afectados del proceso reproductivo varían considerablemente, siendo su principal mecanismo de acción el impedir la fecundación.
- El DIU provocan una respuesta inflamatoria de bajo grado en el endometrio que conduce a la formación de una "esponja biológica" que contiene hilos de fibrina, células fagocíticas y enzimas proteolíticas liberada por estas células en la cavidad uterina. Se ha demostrado que altas concentraciones de iones de cobre en el moco cervical pueden afectar directamente la motilidad espermática o ser deletéreas para el óvulo y el espermatozoide.
- Finalmente podemos concluir que el DIU actúa sobre el óvulo y los espermatozoides de varias maneras, que su efecto altera etapas previas a la fecundación y que el efecto de microabortivo atribuidos al DIU no es al menos el mecanismo de acción principal de los DIU.

⁴¹ *Ibidem*, pág. 120-124

Modo de empleo

- La inserción adecuada del DIU es uno de los factores principales que determina el éxito posterior del método, por lo tanto, debe ser realizado por una persona debidamente entrenada para ello, ya que de hacerlo apropiadamente se reduce el riesgo de falla y todos los efectos adversos más serios como expulsión, perforación e infección.
- Ha sido una tradición citar a la paciente para aplicación del DIU en sus días menstruales, sin embargo esta tendencia debe ir desapareciendo, ya que el DIU puede ser aplicado en cualquier momento del período menstrual de la mujer siempre y cuando se esté razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada (por ejemplo durante la amenorrea de la lactancia, o en mujeres que no han tenido actividad sexual desde la fecha última de su menstruación o están usando actualmente algún otro método anticonceptivo).
- Si bien la aplicación del DIU durante la menstruación provee ciertas ventajas como el hecho de estar seguros de que la mujer no está embarazada, que la inserción sea más fácil, menos dolorosa y que el sangrado propiciado por la aplicación se oculte con la menstruación, también tiene ciertas desventajas como plantear dificultad al clínico para diferenciar el verdadero dolor pélvico de los cólicos menstruales puede dificultar la identificación de algunos signos de infección.
- Una vez que se está razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada, se procederá a realizar una exploración pélvica cuidadosa, para determinar el tamaño, posición y movilidad del útero, así como descartar la presencia de dolor o sensibilidad que nos alerten sobre una infección. Posteriormente se procederá a introducir un espéculo vaginal estéril, para verificar si hay signos de infección del tracto genital. El sondeo de la cavidad uterina con histerómetro debe ser cuidadoso y es fundamental para conocer la profundidad y la dirección del útero, así como para descartar defectos que distorsionen la arquitectura de la cavidad uterina y la deformen (miomas submucosos por ejemplo). De esta forma se reduce el riesgo de perforación uterina, que generalmente ocurre por que el DIU se inserta demasiado profundamente o en ángulo equivocado. De atención especial es el útero en retroversión. El modo de inserción varía de acuerdo con el tipo de DIU, recomienda ciertas instrucciones para su aplicación. Finalmente, se debe procurar insertar el DIU en la parte más alta de la cavidad uterina, para prevenir así las expulsiones.
- La mayoría de los DIU tienen vidas útiles que sobrepasan los 5 años, el reemplazo menos frecuente de los DIU ha permitido reducir los riesgos potenciales como la perforación, la infección, etc., que son más frecuentes después de la inserción.

Indicaciones

La aplicación del DIU está indicada:

- En útero anatómicamente normal
- En toda mujer que desee espaciar sus embarazos
- En aquellas mujeres que tienen contraindicaciones para utilizar otro método anticonceptivo
- Durante e período de lactancia
- Cuando exista intolerancia a los anticonceptivos hormonales

Contraindicaciones

Este método se contraíndica ante alguna de las siguientes situaciones:

- Presencia o sospecha de embarazo
- Hemorragia genital no diagnosticada
- Malformaciones congénitas de vagina o útero
- Cervicitis agudas o crónicas
- Dismenorrea severa
- Antecedentes de embarazo ectópico
- Procesos malignos ginecológicos
- Anmia Severa
- Miomatosis uterina
- Sospecha de cáncer cérvico uterino comprobado
- Hemoglobinopatías, leucemia y problemas de coagulación
- Alergia al cobre
- Insuficiencia cardíaca
- Parto o cesárea con ruptura de membrana de 6 o más horas de evolución
- Aborto complicado
- Atonía uterina (embarazo múltiple, polihidramnios)

Ventajas

- Larga duración
- Alta eficacia
- No requiere de alguna acción específica de la mujer o la pareja para que funcione
- No interfiere con las relaciones sexuales
- Carece de los efectos adversos de los métodos hormonales
- Reversibilidad inmediata (una vez retirado de la mujer recupera su fertilidad)
- Su uso no interfiere con la lactancia
- Sin interacciones con ningún medicamento
- Requiere de poca vigilancia médica (revisión una vez al año)

Desventajas

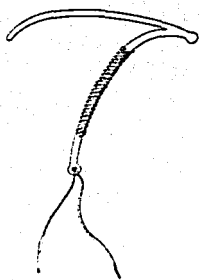
- Aumento de la cantidad y número de días de hemorragia menstrual.
 - Mayor frecuencia de manchado intermenstrual.
 - Mayor frecuencia de dolor abdominal durante los períodos menstruales.
 - Perforación uterina y sus consecuencias (sumamente rara si la aplicación ha sido correcta)
 - No provee protección contra enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.)
-
- No recomendable a mujeres con riesgo para Enfermedades de Transmisión Sexual (múltiples parejas sexuales, o compañeros con múltiples parejas sexuales), pues es más factible que desarrollen enfermedad pélvica inflamatoria (E.P.I.)
 - La paciente no puede suspender el método por sí misma, requiere acudir con el médico para que le sea retirado.
 - El DIU puede expulsarse, aun sin darse cuenta la mujer (2 a 6%), aunque varía dependiendo de muchos factores, incluido el tipo de DIU. En el postparto la tasa de expulsión puede ser un poco mas alta).
 - En caso de falla del método, el riesgo para desarrollar embarazo ectópico es mayor. La posibilidad de que un embarazo sea ectópico en una usuaria de DIU se estima en un 4 a 10%, mientras que en la población general, las tasas de embarazo ectópico son de un poco más del 1%

Efectos Secundarios

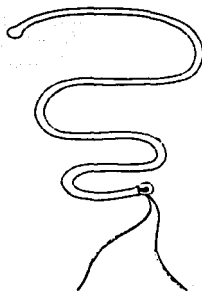
- Algunos efectos que se presentan posteriores a la aplicación del DIU pueden causar molestias, principalmente durante los primeros tres meses, en ocasiones su severidad puede hacer necesario el retiro del dispositivo.
- Los más comunes son: alteraciones menstruales con aumento en la cantidad y tiempo del sangrado, sangrado intermenstrual, dolor pélvico, dispareunia.

Recomendaciones

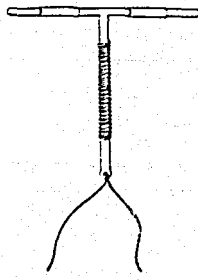
- Es importante, al igual que proporcionarle la información y orientación a la paciente acerca de los beneficios y efectos que puede causarle el DIU como método anticonceptivo, orientarla acerca de los cuidados posteriores que se deben llevar para lograr una máxima efectividad, por ejemplo:
- Que una vez colocado el DIU se debe acudir a revisiones médicas periódicas; la primera, entre las 3 y 6 semanas posteriores a la inserción; a los 6 y a los 12 meses, y posteriormente se recomienda un examen anual.



Siete de cobre.

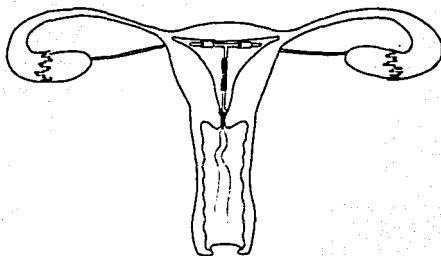


Asa de Lippes.



T de cobre.

Tipos de dispositivo intrauterino.



Dispositivo (T de cobre) insertado en el útero

Fig.16 Fuente: Pick, Susan, Yo adolescente

86-A

- Se debe explicar a la usuaria la posibilidad de que el DIU sea expulsado en forma espontánea, principalmente durante la menstruación, por lo que es conveniente revisar las toallas sanitarias.
- En caso de embarazo, se deberán practicar los estudios necesarios para corroborar que el embarazo sea intrauterino, así como la presencia del DIU in situ, y si el embarazo es menor de 8 semanas y los hilos del DIU son visibles durante el examen cervical, se deberá extraer inmediatamente el dispositivo para prevenir los riesgos de aborto, parto prematuro o sepsis.⁴²

MÉTODOS DE BARRERA

Los métodos de barrera son agentes mecánicos o sustancias químicas que sirven para impedir que los espermatozoides alcancen la cavidad uterina y fecunden el óvulo, entre ellos se encuentran el preservativo y los espermicidas.

CONDÓN

Es una especie de funda elaborado de látex muy delgado, enrollados en paquetes individuales y listos para desenrollarse en paquetes individuales listos para desenrollarse sobre el pene cuando este órgano logra su máxima erección, de tal manera que lo cubra desde el glande hasta su raíz.

Existen de diferentes formas, y últimamente adicionados o no de un espermaticida.

Modo de Empleo

- Se coloca en el pene erecto antes del coito para evitar que el semen eyaculado se vierta en la vagina. Al retirarlo debe sujetarse con los dedos como una medida de precaución. Se debe usar uno por cada cópula.

Indicaciones

- Intolerancia a otros métodos anticonceptivos
- Relaciones sexuales esporádicas
- Apoyo a otros métodos anticonceptivos

⁴² Vázquez. E. Medicina Reproductiva en México, pág.339- 342

Ventajas

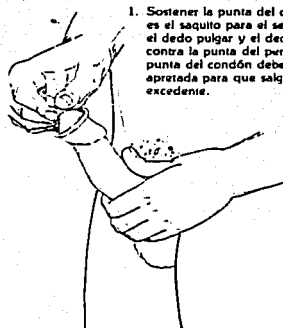
- No requiere receta médica
- Es de bajo costo
- Promueve la participación masculina en la planificación familiar
- Su uso evita el contagio de enfermedades transmitidas por contacto sexual
- El adiestramiento al varón sobre la forma de aplicarlo es muy sencillo, de tal manera que la comprensión de cómo usarlo es muy fácil. Sin embargo, su principal ventaja radica en que es un método anticonceptivo muy seguro, pues impide completamente el derrame del líquido seminal en la vagina, ya que al ocurrir la eyaculación el semen es retenido dentro del condón.
- Por otra parte, ofrece la ventaja de impedir el contagio del varón en casos de infecciones o parasitosis vulvo vaginales, especialmente cuando éste tiene relaciones sexuales con trabajadores sexuales, con gran promiscuidad sexual.

Desventajas

- Dependiendo de las pruebas de calidad a las que deben ser sometido durante su manufactura, el condón puede romperse y perder completamente su efectividad, advirtiendo que su ruptura también se puede propiciar cuando el coito se prolonga por mucho tiempo. Sin embargo, las principales desventajas que refieren los varones son que disminuye la sensibilidad del pene y hace menos satisfactoria la relación sexual, y asimismo, que es necesario usar un nuevo condón en cada contacto; y, por otra parte, que obliga a suspender la fase de excitación de la respuesta sexual, dado que hay que esperar la completa erección para, en ese momento, proceder a la aplicación del condón.

Efectividad

- Por lo tanto, aun cuando el condón es un método de barrera muy efectivo, requiere que el varón lo acepte en la práctica, ya que ellos son los responsables del abandono del condón muy frecuentemente y explican que su tasa de continuación (tiempo de uso del método) sea muy corta. Por otra parte, el hecho de que algunas veces no se aplique correctamente y el de que en ocasiones pueda romperse, explican la alta tasa de embarazos observados durante el uso del condón (5 a 20 embarazos en un año por cada 100 usuarios).



1. Sostener la punta del condón (que es el saquito para el semen) entre el dedo pulgar y el dedo índice contra la punta del pene erecto. La punta del condón debe estar bien apretada para que salga el aire excedente.



2. Con los dedos índice y pulgar de la otra mano se desenrolla el condón mientras se mantiene apretada la punta del condón contra el pene.



3. Cubre completamente el pene. El condón debe estar puesto antes de insertar el pene en la vagina. Si se coloca equivocadamente el condón por el lado que no se desenrolla, deberá desecharse ese condón y usar uno nuevo. Siempre se deberá usar un condón nuevo en cada coito. Jamás usar productos derivados del petróleo (crema, vaselina, aceite mineral) junto con el condón pues éste se adelgaza y ya no sirve.



4. Después de la eyacuación retirar el pene de la vagina sosteniendo el condón del reborde superior con los dedos índice y pulgar, para evitar que quede dentro de la vagina.

Colocación del condón.

TESIS CON
FALLA LE ORIGEN

Fig. 17 Pick, Susan., Yo adolescente

CONDÓN FEMENINO

Es una funda de goma sintética (poliuretano), que la mujer debe introducir en la vagina, colocando el anillo flexible sobre el cuello del útero y dejando el anillo rígido en el exterior. Se debe de colocar antes de la penetración y retirar al acabar la misma.

Recién llegado a nuestro país, está fabricado en poliuretano y se usa insertándolo en la vagina.

Para ello, cuenta con un aro de material suave y flexible que sujeta el condón al fondo de la vagina e impide que éste se salga si estamos caminado o al momento de las relaciones sexuales.

Se puede colocar hasta con 8 horas de anticipación a tener relaciones sexuales o 15 minutos antes.

Ventajas

- Este método protege de Enfermedades de Transmisión Sexual.

Desventajas

- Su elevado costo
- Exige un entrenamiento previo para colocarlo bien.

Recomendaciones

- Checar fecha de caducidad que viene impresa en el empaque. Si está vencida, no usarlo el producto.
- Exigir la entrega del instructivo en español cada vez que se compre un condón femenino. Es importante practicar un poco con él antes de emplearlo en una situación real.
- Es probable que las primeras veces que se use, se tendrá la sensación del condón en el interior de la vagina, esto es normal, se debe procurar darse un tiempo para acostumbrarse a él.
- El condón y el aro flexible no deben causar ninguna molestia si están bien colocados.
- Seguir las instrucciones que se entregan junto con tu condón.

*** Tanto el condón masculino como el femenino son los únicos que protegen de las I.T.S y VIH-SIDA.**

CONDON FEMENINO

HINTS

- 1) For extra moisture and comfort use any water or oil based lubricant.
- 2) Add extra lubricant if:
 - outer ring is pushed inside.
 - penis sticks.
 - you hear noise during sex.

CONSEJOS

- 1) Para más humedad y comodidad use cualquier crema o aceite a base de agua.
- 2) Añadir lubricante adicional si:
 - el anillo exterior se empuja hacia adentro.
 - el pene se atasca.
 - oír ruido durante el sexo.

CONSEJOS

- 1) Para mayor humedad y comodidad use cualquier crema o aceite a base de agua.
- 2) Añadir lubricante adicional si:
 - el anillo exterior se empuja hacia adentro.
 - el pene se atasca.
 - oír ruido durante el sexo.

© 1994, The Female Health Company
 11111 11111 11111 11111
 www.femalehealth.com



Roll condom to spread lubricant.

Friction le preservatif pour bien répartir le lubrifiant.

Enroll el preservativo para repartir el lubricante.



INSERT Insert as far as it will go.

INTRODUIRE le preservatif aussi loin que possible.

INTRODUCIR, introducir lo más posible.



DE RING SEX. Girdle penis inside condom.

PENSAINT LES RAPPORTS SEXUELS, glisser le penis à l'intérieur du préservatif.

PU BANTE EL ACTO SEXUAL, glisar el pene dentro del preservativo.



HOLD RING Squeeze Ring.

MANTENIR LA BAGUE et la pincer.

SOSTENER EL ARO. Apretar el Aro.



PUSH UP Condom should not be twisted.

POUSSER VERS LE HAUT. Veillez à ce que le préservatif ne soit pas tordu.

EMPLIAR HACIA ARRIBA. El preservativo no debe torcerse.



REMOVAL Squeeze and twist outer ring, pull out and discard in wastebin.

REMOVER. Pincer la bague extérieure en tirant sur le préservatif et le jeter dans une poubelle.

PAR A RETIRARLO. Apretar y retorcer el aro externo y tirar del mismo y echar al basurero.



CE

Fig.18 Fuente: The Female Condom

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

89-1

ESPERMICIDAS

Son sustancias químicas que se colocan en la vagina antes del coito, y actúan de dos maneras: primero, forman una barrera para dificultar la entrada de los espermatozoides a la matriz, segundo, cuando los espermatozoides entran en contacto con las sustancias químicas se neutralizan y mueren.

Los espermicidas se presentan en forma de jaleas, espumas, cremas y óvulos vaginales.

Modo de empleo.

- Su forma de aplicación consiste en introducirlos a la cavidad vaginal, directamente o con aplicadores, hasta los fondos de saco de la vagina, 15 a 20 minutos antes del contacto sexual, con el fin de dar tiempo a que se difundan sobre todo el epitelio vaginal, y en el momento de la eyacuación los espermatozoides queden en su totalidad en íntima relación con el compuesto activo.

Indicaciones

- En parejas con relaciones sexuales poco frecuentes.
- Parejas fieles y que se sepan sanas.
- Evitar el aseo poscoito en forma inmediata, para garantizar su eficacia anticonceptiva, en por lo menos 40 minutos a partir de su aplicación, ya que generalmente el efecto se limita a una hora

Contraindicaciones

- Hipersensibilidad o alergia a algunos de los componentes de la fórmula.

Ventajas

- Si el varón se niega o no desea usar un preservativo, la mujer de todas maneras tiene una medida de protección anticonceptiva. El uso de los espermicidas adquiere mayor valor cuando el varón usa simultáneamente condón, ya que, en caso de ruptura de éste, la posibilidad de embarazo se elimina.

Desventajas

- La principal desventaja de los espermicidas es la de que requieren programar o interrumpir las relaciones sexuales, dado que deben usarse 15 a 20 minutos antes del coito. Sin embargo, otra no menos importante es la de que una vez aplicados la mujer tiene que tolerar un escurrimiento continuo, mientras se expulsan espontáneamente, ya que no es recomendable el uso de duchas vaginales inmediatamente después de su aplicación, dado que propicia el acarreo de espermatozoides aun con vitalidad hacia el conducto cervical.

*Además de que no evita las infecciones de transmisión sexual.⁴³

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA

PASTILLAS DE LOS TRES DÍAS O DE LAS 72 HORAS

Son un método indicado para evitar el embarazo dentro del lapso de 72 horas posterior a una relación sexual sin protección a base de anticonceptivos hormonales orales (estrogenos y progestinas) conocidos pero con un régimen (dosis) diferente, que variará si el anticonceptivo es de dosis alta (50mcg de etinilestradiol, como Ovral, Eugynon, Nordiol y otros) en la cual se administran dos pastillas juntas dentro de las primeras 72 horas siguientes a la relación sexual desprotegida, repitiendo la misma dosis doce horas después, o si es de dosis baja (30 mcg de etinilestradiol, como Microgynon o Nordet) y en la cual se administran 4 pastillas juntas dentro de las primeras 72 horas siguientes a la relación sexual desprotegida, repitiendo la misma dosis doce horas después.

Mecanismo de acción

- Interferencia con desarrollo folicular
- Alteración de la movilidad tubárica y transporte del óvulo
- Interferencia con el pico ovulatorio (retraso o inhibición de gonadotropinas)
- Interferencia con la función del cuerpo lúteo (luteolítico)
- Alteración del desarrollo endometrial lo cual previene la implantación.⁴⁴

⁴³ Ibidem. 336-337

⁴⁴ S.S.A., Manual de Contenidos par el curso básico de orientación sexual, pág.129-130

⁴⁴ Dra. Gorab, Alicia, Definición de Anticoncepción de Emergencia, pág. 1

Indicaciones

- Tomar sólo si se te olvido tomarte el anticonceptivo oral de ese día
- Si se rompió el condón
- Si se tuvo relaciones sexuales sin ningún método anticonceptivo
- Si se forzó a la persona a tener relaciones sexuales.
- Visitar a un profesional de la salud par indicar si hay probabilidad de embarazo según el método del rimo-calendario.

Ventajas

- Si se utiliza la anticoncepción de emergencia correctamente y bajo vigilancia médica la probabilidad de embarazo en mínima.
- Son fáciles de conseguir
- Son pastillas hormonales tradicionales

Desventajas

- Se toman dosis concentradas y en corto tiempo
- Si la toma ocurre después de 3 días o 72 horas la probabilidad de embarazo aumenta
- Si se vomita en la primera hora después de haber tomado alguna de las dosis, hay que repetir la dosis.
- Solo debe usarse en caso de emergencia, ya que puede traer consigo efectos a la salud si se toma de forma constante y deliberada.
- Puede evitar un embarazo, pero no una infección de transmisión sexual.

Efectos secundarios.

- Náuseas
- Vómito
- Mareos
- Cefalea
- Mastalgia
- Cólicos
- Irregularidad Menstrual ⁴⁵

⁴⁵ Mexfam.IMIFAP. GIRE. Folleto informativo sobre las pastillas anticonceptivas de emergencia. 2002

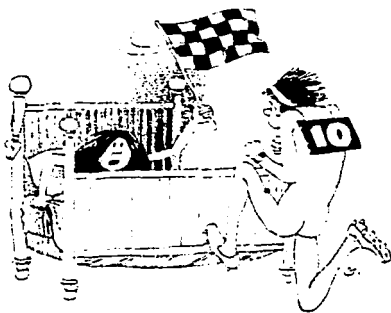
Recomendaciones.

- Tomar un antiemético 20 o 30 minutos antes de tomar las P.A.E. para evitar las náuseas y/o el vómito.
- Alimentarse ligero durante la toma de las P.A.E.
- Debe hacerse bajo observación de un médico, familiar o amigo, por los posibles signos y síntomas que pueda ocurrir.
- Tomar sólo si se sabe que no funciona el método anticonceptivo utilizado o si no se utilizó ninguno de éstos.
- Tomar las P.A.E. preferentemente en las primeras 12 o 48 horas para mayor probabilidad de evitar el embarazo no planeado.
- Confirmar con un especialista del área de la salud que la relación sexual fue en los días fértiles; sino fue así evitar la toma de éstas.
- Las P.A.E. no son un método anticonceptivo para ser tomado de forma regular, ya que puede evitar el embarazo pero no una **Infección de Transmisión Sexual**, además de que puede causar trastornos en la mujer.
- Y sobre todo...

Evitar que el profesional de la salud promueva o indique la toma de las P.A.E. 3 o 4 veces al año, porque estaríamos invitando a los adolescentes y adultos jóvenes a "equivocarse o utilizarlas 3 o 4 veces al año".

Lo mejor, es promover la responsabilidad, la comunicación con la pareja, la planeación y los sentimientos de por medio para que se disfrute la sexualidad al máximo y evitar así, llegar a medidas extremas.

Por lo tanto las pastillas se recomiendan tomarse ... " una vez en toda tu vida".



TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

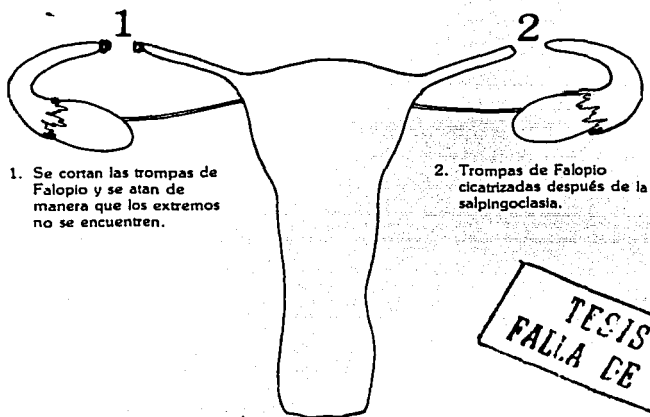
Fig. 19

La relación sexual no es un deporte olímpico.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES

- Los métodos permanentes de anticoncepción son aquellos que tienen como finalidad la interrupción permanente de la capacidad de reproducirse en el hombre y la mujer, y corresponden a este grupo la oclusión tubarica bilateral y la vasectomía.
- Estos métodos deben utilizarse sólo bajo tratamiento o indicación médica o cuando la pareja ha completado el número de hijos que desea tener.
- Puede realizarse en cualquier momento de la vida reproductiva ante la decisión consciente e informada de la paciente.⁴⁶

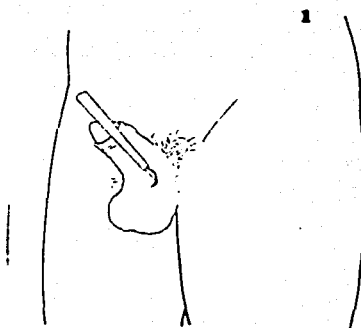
Ya que este manual va dirigido a los jóvenes no se profundizara en éste tipo de método, ya que quizá es necesario que sepan que existe, pero también es necesario educarlos en los que a ellos les permita disfrutar su sexualidad sin consecuencias, con responsabilidad y a plenitud.



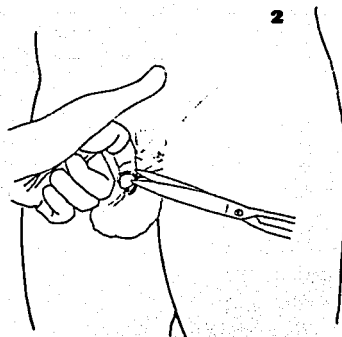
Ligadura de trompas o salpingoclasia.

Fig. 20

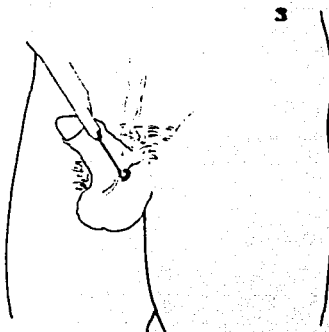
⁴⁶ S.S.A., Manual de Contenidos par el curso básico de Orientación Sexual y Planificación familiar de promotores, pag. 134-138



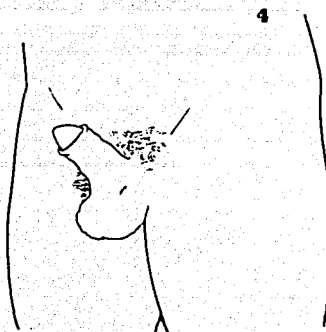
1. Se hace una pequeña incisión en el escroto limpio y anestesiado. La ilustración sólo muestra un corte pero se hace uno en cada lado.



2. El médico saca el conducto deferente. Amarra con hilo quirúrgico los dos extremos y corta el conducto.



3. Se cauterizan ambas puntas para ayudar a la cicatrización y para que el conducto quede bien bloqueado.



4. Se sutura la incisión. Toda la operación duró escasos 10 minutos.

Fig. 21 Fuente: Pick, S., Yo adolescente Vasectomía

44-A

5.2.4 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se utiliza para referirse a las infecciones que se adquieren por contacto sexual y que aún no se han manifestado.

Los microorganismos causantes de estas infecciones se caracterizan por contagiarse sólo por contacto directo, su reservorio generalmente son los genitales del ser humano, aunque pueden aparecer en otras partes del cuerpo, algunas características que promueven la transmisión puede ser durante el contacto sexual, la gestación o el nacimiento, por lo tanto, la mayor incidencia se presenta en adolescentes, adultos jóvenes, neonatos y lactantes de madres infectadas.

Son generadas por diferentes microorganismos (virus, hongos, bacterias, parásitos y ectoparásitos).

Cuando la persona manifiesta algún signo o síntoma de la ITS nos referimos a ellas como Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Muchas de las ITS no producen inmediatamente una enfermedad (signos y síntomas), por lo que hombres y mujeres pueden tener una infección y no saberlo. Muchas de estas infecciones escapan al diagnóstico clínico, hasta que se producen complicaciones que pueden llegar a ser mortales.

Las ITS se adquieren por prácticas sexuales donde existe generalmente intercambios de fluidos a través de penetración vaginal, anal y oral, sin embargo, puede adquirirse una infección sin que haya penetración, por ejemplo, la pediculosis, etc.

Alguna de las ITS son:

1. Gonorrea causada por la bacteria *Neisseria Gonorrhoeae*.
2. Sífilis causada por la bacteria *Treponema Pallidum*.
3. Chancroide o Chancro blando causado por la bacteria *Haemophilus Ducreyi*.
4. Clamidia causada por la bacteria *Chlamydia Trachomatis*.
5. Herpes Simple causado por el Virus Herpes Simple (VHS-1 y VHS-2)
6. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) causado por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH-1 y VIH-2)
7. Condilomatosis causada por el Virus del Papiloma Humano (VPH).
8. Tricomoniasis causada por el parásito *Trichomonas Vaginalis*.
9. Vaginosis Bacteriana causado por diferentes microorganismos entre ellos: *Gardnerella Vaginalis*, *Ureaplasma Urealyticum*, etc.
10. Candidiasis causada por el Hongo *Candida Albicans*.
11. Hepatitis A, B, y C causada por el virus de la Hepatitis A, B y C.
12. Moluscos causados por el Virus del Molusco contagioso.

En las ITS con frecuencia se encuentran involucrado más de un microorganismo por lo el diagnóstico y tratamiento se da en base a los síntomas y signos que se presenten. Algunas ITS como el VIH y la Hepatitis A, B y C requieren de pruebas de laboratorio para ser diagnosticadas.

Efectos colaterales

Las ITS pueden dejar en las personas secuelas importantes como la infertilidad y/o causar daños en órganos y tejidos. Las ITS tienen un impacto en la vida emocional, efectiva y económica de hombres y mujeres. Algunas ITS pueden pasar de la madre al hijo durante el embarazo, como la sífilis y el VIH o al momento del nacimiento, por ejemplo la Gonorrea, la Clamidia y los Condilomas Acuminados conocidos también con el nombre de Condilomatosis.

Formas de transmisión

1. Las Enfermedades de Transmisión Sexual se transmiten por vía vaginal, anal y/o buco-genital entre una persona infectada con otra sana.
2. Las enfermedades de Transmisión sexual como sífilis, hepatitis B, SIDA se transmiten por otras vías.
3. Dentro de estas, están las transfusiones de sangre, productos sanguíneos, agujas, jeringas y cualquier objeto cortopunzante contaminado.
4. También una madre infectada puede transmitirle a su hijo las I.T.S.
5. Las I.T.S. se pueden transmitir por diversos microorganismos: virus, bacterias, parásitos y hongos.
6. También se consideran I.T.S. las siguientes enfermedades: citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, virus de la Hepatitis C, Sarna.
7. Las I.T.S. pueden acarrear consecuencias serias como ceguera, sordera, enfermedades congénitas, abortos, retardos de crecimiento y mental entre otros, si no reciben tratamiento.
8. La mayoría de las I.T.S. tienen tratamiento, aun el SIDA no cuenta con ello.
9. La promiscuidad favorece la propagación de I.T.S.
10. En todos los Bancos de Sangre se investiga en los donantes presencia de Sífilis, Hepatitis B, SIDA y otras enfermedades.
11. Todos los tratamientos a las I.T.S. deben aplicarse a la pareja y/o contactos. ⁴⁷

Prevención

El uso correcto del condón puede ser un buen método para evitar la mayoría de las I.T.S. Evitar la promiscuidad sexual y favorecer la higiene de los órganos sexuales, son métodos que disminuyen las posibilidades de contagio.

⁴⁷ Dr. Hermida. C. Manual de Consulta Externa, I.T.S. pág. 3-4

Para no adquirir unas I.T.S. el adolescente puede:

1. Acudir a centros de información.
2. Usar Condón o pedirle a su pareja (s) que lo use (n) cuando tengan prácticas sexuales.
3. Usar otros implementos de sexo protegido (guantes de látex, sexi pack o dedos).
4. Practicar sexo seguro (abrazos, besos, masajes, etc).

¿Que hacer si alguien ha tenido conductas de riesgo o creen estar infectados?

- En primer lugar, abstenerse de toda relación sexual, avisar a su compañero/a y acudir al médico especialista.
- No tomar medicamentos por cuenta propia o por consejos de amigos no profesionales, pues un antibiótico mal indicado puede enmascarar una enfermedad y retrasar el tratamiento adecuado.
- No ocultar el problema. Las I.T.S. se controlan más fácilmente con un diagnóstico precoz y tratamiento preciso.
- Asistir a consulta si se presenta algún signo o síntoma.
- Invitar a tu (s) pareja(s) sexual(es) a recibir tratamiento.
- Usar condón en prácticas sexuales para evitar la adquisición de otras I.T.S.

Las I.T.S. requieren tratamiento médico para ser combatidas, el lavado vaginal no ayuda, ya que al hacerlo "arrastra" la flora vaginal dando oportunidad a que se adquiera una I.T.S. El coito interrumpido no previene la adquisición de una I.T.S., aunque no se eyacule dentro de la pareja, en la penetración vaginal o anal hay intercambio de fluidos (líquido pre-eyaculatorio o fluido vaginal) que pueden contener los microorganismos que causan las I.T.S.. Los métodos anticonceptivos tampoco son una estrategia útil para evitar la transmisión de las I.T.S., ya que su función es prevenir embarazos no I.T.S..

El único método anticonceptivo que protege con I.T.S. es el condón (masculino o femenino).

COMPORTAMIENTOS DE ALTO RIESGO

Son las prácticas que aumentan el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual.

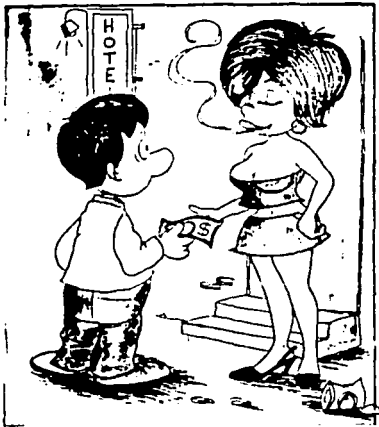
Los comportamientos de alto riesgo incluyen:

- Tener parejas sexuales múltiples
- Tener una historia pasada de cualquier ITS
- Tener una pareja con una historia de ITS
- Tener una pareja con una historia desconocida
- Usar drogas o alcohol en situaciones donde puede haber intercambio sexual
- Tener una pareja que se droga de forma intravenosa
- Tener parejas bisexuales u homosexuales
- Sexo anal
- Tener relaciones sexuales sin protección (condón masculino o femenino) con una pareja desconocida
- Tener relaciones sexuales con personas que se colocan tatuajes

Los grupos de alto riesgo incluyen:

- Hombres homosexuales o bisexuales
- Usuarios de drogas intravenosas que comparten las agujas
- Parejas sexuales de las personas que se incluyen dentro de los grupos de alto riesgo
- Niños que nacen de madres con ITS o ETS
- Personas que recibieron transfusiones de sangre o productos coagulantes entre 1977 y 1985 (con anterioridad a las normas orientadas a evitar la presencia de VIH en sangre y hemoderivados).⁴⁵

⁴⁵ www.epi.uc.edu/vc/clinicaweb/ETS/alto%20riesgo.htm. Enfermedades de Transmisión Sexual



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

" Evita conductas de riesgo" " Protegete"

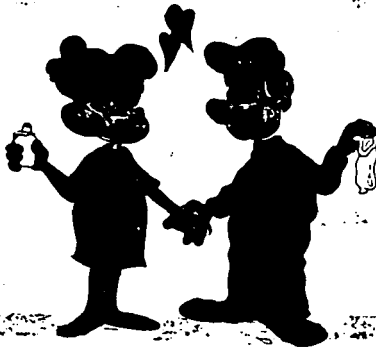


Fig. 22 Fuente: I.T.S. Gente joven, Mexfam

5.3 ADICCIONES

El crecimiento con salud biológica, psicológica y social en los países en vías de desarrollo se ha convertido en una aspiración no fácil de alcanzar.

Es evidente que las mujeres que sortearon los riesgos de los primeros años de vida actualmente se enfrentan a condiciones adversas en la etapa adolescente, lo cual les dificulta el acceso a la vida adulta, con salud plena y un proyecto de vida adecuado a su realidad personal, familiar y social.

La etapa adolescencia-juventud requiere una serie de condiciones para que sea posible resolver los proyectos que faciliten su paso a la adultez. Estos requerimientos no sólo deben dar respuesta al crecimiento biológico, psicológico y social, sino también crear ámbitos adecuados para el desarrollo de las adolescentes.

Si existieran estas condiciones, el tránsito a la adultez sería más fácil ya que, por ejemplo, el proceso de aprendizaje permitirá la inserción en el mundo del trabajo; a su vez, este logro facilitaría el proceso de independencia económica, lo cual crearía situaciones aptas para la formación de un nuevo grupo familiar y la salida, por tanto, de su familia nuclear (independencia familiar).

También se debe reconocer que el empobrecimiento del aparato productivo ha disminuido significativamente su capacidad para absorber la mano de obra, lo cual, a su vez, se acompaña de bajos salarios.

El ámbito donde crece los adolescentes de Latinoamérica no es el adecuado. La coyuntura histórica social y la conducción desacertada de los dirigentes políticos no permiten la existencia de una ecología apropiada para el desarrollo en salud, ya que desde hacer muchos años, las sociedades latinoamericanas ven postergado su crecimiento; además, la inestabilidad política, la falta de continuidad de los gobiernos y de actualización del sistema educativo a los avances de la ciencia y de la técnica, crean condiciones desfavorables, donde la frustración y marginación educativa (laboral), crean las condiciones necesarias para la aparición de conductas marginales (farmacodependencia, violencia, delincuencia) en las poblaciones juveniles.

Si al marco social se le suman situaciones familiares, con empobrecimiento, frustraciones, descreimientos y la ausencia de perspectivas para mejorar sus condiciones de vida, se tendrá el marco referencial donde se desarrollan las niñas, adolescentes y jóvenes.

Sí a esto se le suman los modelos consumistas que transmiten los medios de comunicación, la falta de futuro y el poco entrenamiento para tolerar la frustración, se tendrán las condiciones para que aparezcan y se desarrollen estas enfermedades.

Este problema en Latinoamérica se ve agravado por la lentitud de las respuestas que los organismo y organizaciones específicas para prevenir, asistir y rehabilitar esta entidad patológica.

Aspectos personales como: personalidad inmadura, dependencia exagerada de los mayores, carencias afectivas, sobreprotección, hipersensibilidad al dolor, conductas autodestructivas, dificultad para aceptar frustraciones y postergaciones, omnipotencia, desarrollo afectivo escaso e inestable, inestabilidad vincular, abulia, negación de la realidad, fatiga, melancolía, tendencia a la marginación, inconductas, hurtos, mentiras y conductas clandestinas.

En la familia puede indicar ausencia de comunicación, escasa participación familiar, negación y ocultamiento de problemas, papeles familiares distorsionados, carencia de autoridad, padre ausente, funcionalmente débil, madre autoritaria o aparentemente sobreprotectora que no respeta la individualidad de los hijos, ni favorece el proceso de independencia y escasa adaptación social; esa última es ocasionada a veces por no obtener ingresos económicos mínimos o, por el contrario, por una obsesión por mejorar la posición económica y la capacidad de consumo, cuyo fracaso desencadena crisis familiares.

Asimismo, se trata de familias con acentuados adictivos al alcohol, tabaco, medicamentos, comidas o trabajo.

La historia de estos adolescentes muestra dificultades en el proceso de aprendizaje, acentuadas inasistencias, impunidad, irresponsabilidad o conflictos con sus superiores o compañeros de trabajo.⁴⁹

Dadas estas características, se aumenta la probabilidad de consumir drogas entre los jóvenes, pero, ¿que es una droga? :

Droga, es cualquier sustancia que, una vez introducida en el organismo a través de distintas vías (inyectada, fumada, tragada, esnifada o inhalada), tiene capacidad para alterar ciertas funciones corporales, el estado de ánimo, sensaciones o percepciones sensoriales.

⁴⁹ Dulanto, Enrique. El Adolescente, pág. 1260-1261

Sea cual sea su vía de administración, pasa a la sangre y, a través de ella, al cerebro y a todo el organismo, provocando tres tipos de efectos; excitación (estimulantes), relajación (tranquilizantes) o distorsión de la realidad (alucinógenas).

Drogadicción, farmacodependencia o adicción a sustancias, es el estado psíquico y a veces físico que se caracteriza por cambios en la conducta y por un deseo de consumir una o varias sustancias, caracterizado por:

- Modificación del comportamiento
- Modificación en la esfera afectiva
- Modificación en la esfera de interrelaciones y otras reacciones que comprenden un impulso irreprímible.

Ya sea por tomar droga esporádicamente o periódicamente a consecuencia de evitar el malestar provocado por la privación o experimentar sus efectos psíquicos.

El abuso de drogas surge como medio de supervivencia de jóvenes desfavorecidos y también forma parte de una subcultura juvenil que difunde rápidamente por todo el mundo una imagen benigna de las drogas.

Parece existir la impresión de que estas sustancias están de moda y no son peligrosas, esto último nada más lejos de la realidad. Por otra parte, la edad de inicio en el abuso de drogas disminuye casi cada año. Esto queda patente en las personas que buscan tratamiento para el abuso de opiáceos.

Respecto a la situación actual del consumo de sustancias y sus tendencias, hay una amplia penetración social del consumo de ciertas sustancias (tabaco y alcohol), hay un incremento en el número de personas que en algún momento de su vida han tenido contacto con las drogas legales o ilegales, y una reducción del número de personas que hacen un uso frecuente.

Los consumos de las diferentes sustancias no siguen una tendencia uniforme: el de la cocaína está en alza mientras que el del tabaco se ha estabilizado.

Se registra un descenso en el porcentaje de consumidores de heroína, parece que por una menor incorporación de nuevos consumidores y el impacto de los programas asistenciales, se estabiliza el consumo del éxtasis.⁶⁰

⁶⁰ Sánchez, Moreno, et al.. Enfermería Comunitaria 2-Epidemiología y Enfermería, pág. 295-299

Según la OMS se entiende por droga toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste. Se trata de un concepto intencionadamente amplio, según indican los propios autores, que a renglón seguido lo delimitan con otros más específicos, droga es toda sustancia introducida en el cuerpo, tenga utilidad terapéutica o no, que sea capaz de producir una modificación en la conducta del individuo; condicionada por los efectos inmediatos (psicoactividad) o persistentes, de tal naturaleza que existe una evidente tendencia al uso continuado del producto.

Dependencia psíquica, situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración de forma regular o continua de la droga, para producir placer o evitar molestar.

Dependencia física o adicción, estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico.

Síndrome de abstinencia, conjunto de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de drogas, que aparece cuando se suspende o reduce su ingesta tras un consumo previo regular.

Tolerancia, estado de adaptación caracterizado por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provoca el mismo grado de efecto farmacodinámico.

Abuso, el uso excesivo de drogas, bien de modo esporádico o continuo, que no guardan relación con una práctica médica aceptable

Tolerancia cruzada, fenómeno por el que la toma de una droga origina la aparición de tolerancia, no sólo a esa droga, sino también a otra del mismo o a veces de otro grupo farmacológico; por ejemplo, la heroína produce tolerancia cruzada con la morfina y viceversa.

Politoxicómano, es la persona que consume varias drogas simultáneamente o en distintos momentos.

Clasificación

Las drogas pueden clasificarse según su origen, su estructura química, su acción farmacológica, sus manifestaciones clínicas o psicopatológicas, así como según su consideración sociológica.

Según su origen

En cuanto a su origen, las drogas pueden ser; naturales como el opio y sintéticas como el LSD, una droga es sintética porque ha precisado una elaboración técnica para su obtención, además existen productos que se denominan semisintéticos como la heroína, porque son derivados obtenidos mediante una elaboración química de sustancias que ya existen en la naturaleza.

Según la estructura química

En estos momentos es bastante difícil establecer tal clasificación porque aún no se conocen con precisión ni la estructura ni la composición exacta de muchas sustancias. Por otro lado, es bien sabido que sustancias de estructura química similar no siempre producen acciones farmacológicas ni clínicas iguales.

Según su acción farmacológica

Para este tipo de clasificación son válidas las mismas consideraciones que en la clasificación anterior.

Según las manifestaciones clínicas o psicopatológicas

Esta clasificación plantea también algunos inconvenientes, ya que el efecto final de una sustancia depende de varios factores como pueden ser; la droga consumida, la dosis, la frecuencia, la vía de administración, el ambiente del consumo y la persona que la consume.

Según su consideración sociológica

Pueden clasificarse en institucionalizadas y no institucionalizadas.

Drogas institucionalizadas, son aquellas que están integradas en nuestra cultura y a las cuales no se les tiene miedo o incluso no se les llama drogas; tampoco su consumo está penalizado. Ejemplos claros son el alcohol y el tabaco.

Drogas no institucionalizadas, son aquellas que no pertenecen a nuestra cultura, se les llama siempre drogas y su consumo está castigado por la ley. Por ejemplo, la heroína.

De acuerdo con ello, es necesario saber que el hecho de que una droga esté institucionalizada o ni, legalizada o no, no está relacionado con su peligrosidad.

En las drogas ilegales las edades predominan los jóvenes, en especial de 21 a 24 años, en las drogas legales de tipo farmacológico los porcentajes de sexos se aproximan y en algunos de ellos (tranquilizantes y analgésicos) el consumo es mayoritario en la mujer.

Personalidad del Drogo dependiente

El individuo dependiente de drogas presenta, en general, un gran encanto personal y notables dotes persuasivas en las relaciones interpersonales. Estas habilidades sociales son aparentes y sus objetivos se dirigen a lograr la manipulación de las demás personas para obtener sus fines, con frecuencia, aprende los mecanismos sociales y de manejo de las relaciones humanas para no tener problemas cuando no sigue las normas y la ley.

Con el tiempo, suele perder su puesto de trabajo, romper con los amigos, tener problemas familiares y legales. Consigue ser el eje central de la familia y la dinámica familiar se centra en que como el hijo está enfermo, hay que apoyarle económicamente para que no cause un malestar mayor o robe en la calle

La familia falla en la transmisión de los códigos sociales y de moral, es entonces cuando el adolescente tiende a tomar los valores y formas de actuar de su pandilla, amigos del barrio, compañeros del colegio y los medios de comunicación de masas.

El joven aprende una cultura de la calle que refuerza el riesgo, la aventura, el peligro. Se sumerge en un estilo de vida que está en contacto con la droga, caracterizado por un patrón de conducta estereotipado que se repite varias veces al día y se acompaña de unos códigos verbales y simbólicos.

El uso de drogas es socialmente inducido y controlado por el grupo de iguales, el joven aprende los valores culturales de la calle, ésta identificación cultural es un mecanismo necesario para la adaptación social en el barrio, donde se refuerzan los valores del riesgo, de la transgresión social, de conseguir lo inmediato, tienen conductas antisociales y un nivel alto de presión y/o baja autoestima.⁵¹

Los usuarios pueden clasificarse en:

- Experimental
- Social u ocasional
- Funcional (diario abusa, crea dependencia)
- Disfuncional

⁵¹ Frías, Antonio. Salud Pública y Educación Para la Salud, pág. 314-318

Tratamiento

La petición de ayuda inicia la secuencia temporal del proceso terapéutico y constituye el punto de partida de toda intervención asistencial.

Fase de desintoxicación: Se hace referir al proceso de depuración de la droga, durante el tiempo suficiente, hasta la eliminación del síndrome de abstinencia y el logro de la deshabitación física. Ha de ser voluntaria y en ella la motivación del paciente desempeña un papel importante.

Exige inicialmente una valoración médica general que posibilite la rígida supresión del uso de la droga, vigilar y paliar las posibles consecuencias negativas de la depuración y reconstrucción lo más rápidamente posible la situación metabólica que la presencia del tóxico había alterado.

Fase de deshabitación : Plantea como objetivo general cambiar un hábito de dependencia de las drogas por otro que conlleve un estilo de vida nuevo, siendo vital que tanto el paciente como su familia participen de forma activa en un programa de tratamiento, cuyo objetivo sea la abstinencia total de heroína, cocaína y otras drogas y la modificación del estilo de vida del drogadicto, aprendiendo a afrontar problemas y dificultades que le permitan dar una salida personal a su experiencia con las drogas.

Fase de inserción social, Constituye el objetivo final del proceso terapéutico: conseguir la plena rehabilitación del individuo y su inserción en el medio social. Debido a las extraordinarias dificultades que este proceso comporta y a la insuficiencia de las condiciones sociales del medio de procedencia, es conveniente favorecer este proceso mediante la utilización de programas específicos y simultáneamente incentivar la utilización de recursos inespecíficos de la comunidad, destinados a la formación profesional y al empleo protegido de la población en general.⁵²

⁵² *Ibidem.* Pág. 321-322

**para
prevención
drogadicción**



- Programa de integración familiar
- Saneamiento de vivienda
- Saneamiento medio ambiente urbano
- Fomentar valores
- Programas de salud
- Fomentar actitud positiva y autoestima
- Evitar presión social
- Respetarse

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fig. 23 Fuente: Elizondo, Leticia, Cuidemos Nuestra Salud

105-A

5.4 TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

La alimentación y la nutrición han sido elementos determinantes para el desarrollo de la sociedad. Por este motivo, los factores alimentarios no se pueden estudiar aisladamente, ya que actúan de forma sinérgica y antagónica respecto a otros determinantes en la conformación de las estructuras sociales.

Es por eso por lo que, al plantearnos los temas de alimentación y nutrición, debemos tener presente los determinantes sociales, económicos, tecnológicos y culturales, que son los que, a su vez, conforman los hábitos alimentarios y, consiguientemente, repercuten en el grado de nutrición de la población.

De esto se deduce que las formas de alimentación varían de una sociedad a otra y, dentro de una misma sociedad, de una clase social a otra. La formación social impone a cada grupo y a cada persona un determinado estilo de vida y de prestaciones incidiendo, inevitablemente, en los procesos de alimentación y nutrición.

Todas las personas tienen su propia imagen corporal, es decir, un conjunto de percepciones, pensamientos, sentimientos y comportamientos relacionados con el tamaño y la apariencia del cuerpo. La imagen corporal es una parte esencial del concepto de uno mismo.

Una imagen positiva determina conductas que manifiestan confianza y seguridad, en tanto que una imagen negativa suele generar problemas, por ejemplo, timidez o aislamiento social. Ansiedad, depresión, anorexia nerviosa, bulimia, obesidad y otros trastornos mentales están relacionados con la imagen corporal.

Desde los primeros años del siglo XX, el énfasis en la apariencia corporal ha girado en torno al peso como definición de la belleza.

La *anorexia nerviosa* es actualmente mucho más frecuente en las modernas sociedades industrializadas, en las que existe comida abundante y una obsesión por la delgadez como medida del atractivo.

Los *Trastornos de la alimentación*, consisten en la alteración continuada de las conductas asociadas con la ingesta de comida.

Los trastornos de este tipo más habituales son la anorexia nerviosa y la bulimia.

Entre los adolescentes, las estadísticas relacionadas con las conductas de adelgazamiento son alarmantes.

Como se puede observar, la sociedad está preocupada por la delgadez, lo cual hace que muchos jóvenes adopten conductas no saludables que pueden desencadenar graves problemas mentales y situaciones que pongan en peligro la vida. Los trastornos de la alimentación son una de las consecuencias de la búsqueda de un cuerpo perfecto.

ANOREXIA NERVIOSA

Es una enfermedad que impide que el individuo mantenga un peso corporal normal debido a su intenso miedo a engordar. En realidad, el término anorexia (que en griego significa "deseo de apetito") es inadecuado, ya que el trastorno rara vez se asocia con un verdadero pérdida del apetito. El rechazo a engordar es parte de una estrategia para solucionar un problema o conflicto psicológico profundo y para mantener cierta forma de control.

La edad media de aparición son los 17 años, pero no es inusual observar conductas anorexias en niños de 12 años. Las personas que se preocupan de su apariencia por razones profesionales, somos modelos, atletas o auxiliares de vuelo, tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.

En la anorexia nerviosa se distinguen dos tipos:

Anorexia de tipo restrictivo:

La persona pierde peso por medio de dietas estrictas, reiterados ayunos o ejercicios intensos. Pero no se induce el vómito, ni hace uso de laxantes diuréticos o enemas.

Anorexia de tipo purgativo:

La persona pierde peso por medio de dietas estrictas, reiterados ayunos o ejercicios intensos. Pero no se induce el vómito, ni hace uso de laxantes diuréticos o enemas.

Los primeros signos y síntomas de anorexia nerviosa se pueden observar en niños son síntomas depresivos y comportamientos obsesivos; los que proceden de familias disfuncionales o abusivas presentan un mayor riesgo.

La descripción clásica de un afectado por esta enfermedad es la de una mujer tensa, alerta, hiperactiva y rígida, que piensa, habla y camina rápidamente; es muy ambiciosa y busca la perfección; es sensible, insegura y seria, así como extremadamente consciente.

Su esmero, voluntariedad y tenacidad la convierten en una paciente difícil de tratar, en tanto que su carencia de afecto y de simpatía sólo le permite tener pocos amigos. A medida que lucha por alcanzar una identidad consciente de su dignidad personal, "el control ritual de la comida y del peso le proporciona una sensación sustituida de firmeza y realización.

El principal problema es el control, de forma que la adolescente que padece anorexia nerviosa se vuelve estrecha, conformista y obsesionada por la necesidad de dominar su peso corporal.

Algunos adolescentes tienen miedo a crecer y a madurar sexualmente. La anorexia nerviosa les permite evitar la aparición de la edad adulta, al retrasar la menstruación y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

La preocupación de los adolescentes (en especial de las jóvenes) por el peso implica un elevado riesgo de desarrollar anorexia nerviosa

Cuando la búsqueda de la delgadez origina un rechazo a mantener un peso normal si se puede diagnosticar anorexia nerviosa.

Para llegar a este diagnóstico, el paciente debe cumplir cuatro criterios:

1. Rechazo a mantener un peso corporal inferior al normal en más de un 15%.
2. Miedo intenso a convertirse en obeso, incluso con un peso por debajo del normal.
3. Experiencia y significado del peso y de la figura corporal distorsionados (erróneo); es decir, la persona "se siente gorda" a pesar de estar debajo del peso normal.
4. Ausencia de al menos tres ciclos menstruales en una mujer que ha tenido previamente la menstruación.

Los afectados por la anorexia nerviosa tienen una autoestima notablemente dependiente de su aspecto corporal. Suelen tomar medidas drásticas para controlar su cuerpo, como pesarse tres o cuatro veces al día, medir las distintas partes de su cuerpo y mirarse con frecuencia en el espejo para comprobar si existen áreas de grasa.

La capacidad para adelgazar se considera como un signo de control y de gran autodisciplina. La mínima ganancia de peso se considera inaceptable, una amenaza y un fracaso del autocontrol. Algunos individuos reconocen su delgadez extrema, pero es típico que nieguen la gravedad de su enfermedad.

La anorexia nerviosa es un trastorno que pone en peligro la vida. La muerte suele sobrevenir por deshidratación, pérdida crítica de la masa muscular o desequilibrios electrolíticos y se asocian otros peligros como el edema, la atrofia muscular, insomnio, lanugo, síndrome de fatiga crónica, hiperactividad, hinchazón, callos o hematomas en los dedos de las manos, etc.

Es frecuente que los profesionales sanitarios no vean a estos pacientes hasta que el trastorno ya ha originado algún problema físico.

Su conducta obsesiva por la comida suele extenderse a otras actividades obsesivo-compulsiva, como la preocupación por los estudios, el ejercicio o la limpieza. Los afectados suelen mostrar una pobre adaptación sexual, con retraso del desarrollo sexual o falta de interés por el sexo.

Suele existir incapacidad para afrontar o solucionar problemas con eficacia. El personal de enfermería de cualquier institución sanitaria debe estar alerta ante las pistas que indiquen anorexia nerviosa, dado que una intervención precoz puede salvar una vida que, de otra manera, se habría perdido.

La anorexia nerviosa se considera un trastorno de origen multifactorial en el que se dan además alteraciones biológicas y psicológicas en la estrecha interrelación. Por lo tanto, su tratamiento debe tener en cuenta los diferentes aspectos biológicos y psicológicos propios del trastorno.

Los objetivos y prioridades del tratamiento serán diferentes según la etapa del mismo en que nos encontramos. Además de seguimiento médico, psiquiátrico y psicológico, en donde se llevan a cabo terapias grupales y familiares, para ayudar al afectado a reincorporarse a su vida social.

BULIMIA NERVIOSA

La bulimia nerviosa es un trastorno en el que coexisten los "atracones" de comida (especialmente de un alto contenido calórico), con el uso de métodos inadecuados que impidan ganar peso. Se define el atracón como la ingesta (en un período determinado de tiempo) de una cantidad de comida claramente superior a la que comerían la mayoría de los individuos en circunstancias similares.

Durante un atracón, el individuo suele consumir gran cantidad de determinados alimentos, por lo general hidratos de carbono. No es inusual que estas personas tomen 5,000 calorías en bollos, pasteles y otros dulces.

El atracón dura 1-2 horas y va seguido por sentimientos de culpa e intentos por librar al organismo de la comida recién consumida.

Después del atracón estas personas se sienten culpables, y como método para evitar ganar peso recurren al vómito o a otras conductas inapropiadas como el uso de laxantes, diuréticos, enemas o hacer ejercicio intenso, o bien, tras un atracón pasar uno o varios días de ayuno.

Estas personas, se caracterizan por tener un miedo intenso a subir de peso, y acompañado de una alteración de la imagen corporal (se ven así mismos más gordos). También se caracterizan por presentar una baja autoestima y alteraciones en cuanto a su estado de ánimo, hay un afloramiento de los estados depresivos y una sensación de falta de control durante un atracón de alimentos, y un autodesprecio después del atracón (causa por la cual recurren al vómito).⁵³

Es frecuente que los profesionales sanitarios no vean a estos pacientes hasta que el trastorno ya ha originado algún problema

La bulimia se clasifica en dos subtipos según existan o no conductas purgativas. La purgación es un intento de liberar al tracto gastrointestinal y al cuerpo de la comida innecesaria. Las conductas purgativas más habituales son el vómito y la utilización de diuréticos o laxantes.

El afectado por una bulimia "no purgativa" no se purga tras el atracón, pero utiliza otros métodos inapropiados para evitar engordar, como el ayuno entre los atracones y el ejercicio excesivo.

⁵³ <http://members.es.tripod.de/karolita/index1.htm>

El típico representante de la bulimia es una mujer ligeramente mayor y más extrovertida que su equivalente anoréxica; es más activa en los aspectos social y sexual; experimenta auténtica hambre y siente angustia en relación con sus conductas alimentarias anómalas; es frecuente que su peso corporal sea normal o discretamente superior a la media; por último, no es inusual que coexistan otros problemas mentales, como abuso de sustancias, automutilación o histeria.

Las afectadas por este trastorno suelen tener expectativas irreales sobre sí mismas y sobre cómo deberían vivir su vida. Sienten una frustración cada vez mayor por su propia incapacidad para alcanzar esas metas irreales.

Si fracasan, afirman que fueron incapaces de lograr el objetivo porque fueron débiles, inadecuadas o antipáticas, por que no lo intentaron lo suficiente o porque tuvieron otros puntos débiles negativos.

En pocas palabras, son personas del tipo "debería haber..." que nunca están satisfechas con su propios esfuerzos. Incluso cuando tienen éxito, apenas disfrutan de sus logros, ya que se dicen a sí mismas que deberían haberlo hecho mejor, antes o con mayor eficacia.

En lo que se refiere a la imagen corporal, es característico que los bulímicos se vean a sí mismos gordos o delgados, sin considerar la posibilidad de estar en el punto medio o en la media. El deseo de convertirse en una persona perfecta suele desencadenar sentimientos de fracaso e inutilidad.

La bulimia suele aparecer en mujeres jóvenes, blancas y de clase social media o alta. La proporción de hombres es de 1 por cada 9 casos. Los bulímicos presentan tasas elevadas de ansiedad, depresión y abuso de sustancias. Un tercio a la mitad de los mismos también cumplen los criterios diagnósticos de algún trastorno de personalidad.

Presentación clínica, se requiere cuatro criterios básicos para establecer un diagnóstico de bulimia:

1. La característica esencial son los atracones recurrentes. El individuo suele sentirse avergonzado y lo lleva a cabo en secreto. Los atracones pueden ser planeados de antemano. Durante los mismos, la persona tiene la sensación de pérdida de control y come en un estado frenético.
2. Los atracones van seguidos por conductas inapropiadas y recurrentes con el fin de evitar la ganancia de peso (purgación). El método de purgación más popular consiste en inducir el vómito (80-90%), que alivia el malestar físico que supone un estómago repleto y el miedo emocional a ganar peso. En ocasiones, el vómito se convierte en un fin en sí mismo, de modo que la persona come para vomitar o vomita tras ingerir una pequeña cantidad de alimento.

3. Otros métodos de purgación incluyen el mal uso de laxantes, diuréticos, enemas y jarabe de ipecacuana. Algunos individuos utilizan una combinación de estos métodos, realizan ejercicios extenuantes a horas inapropiadas o siguen dietas muy estrictas después de un atracón.

4. Los atracones deben producirse al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses. El patrón de atracones va desde varios episodios diarios hasta una conducta regular y persistente. Los episodios suelen estar desencadenados por un acontecimiento o una experiencia estresante.

5. El individuo coloca un énfasis excesivo en su figura y peso corporal con el fin de determinar su autoestima. Están insatisfechos con sus cuerpos imperfectos, temen ganar peso y restringen su ingestión calórica o eligen alimentos de bajo contenido calórico entre los atracones.

Aunque la muerte por bulimia es rara, los problemas psiquiátricos subyacentes suelen ser más graves que los observados en los anoréxicos.⁵⁴

El tratamiento consta en el apoyo psicológico y tratamiento médico; lo básico en esta terapéutica será conocer las motivaciones para comer de manera compulsiva, y tratar de modificar esta actitud.

Es muy importante saber si existen depresión o no; cuál es la relación entre la paciente y su familia y cuán involucrado está el núcleo familiar en el problema. Con frecuencia se necesita no tan sólo psicoterapia individual, sino también familiar.

Repetidas veces, se señala la terapia de grupo como una forma de beneficio importante para la paciente; dicha terapia queda a criterio del psicoterapeuta.

La disciplina que permita establecer un plan de tres comidas formales al día, debe surgir de la paciente en forma libre y convencida, sabiéndose capaz de recuperar su autocontrol y determinación.

Se formula un plan de alimentación sano y normal según la edad de la paciente y su consentimiento, en el establecimiento de los menús, se toman en cuenta las preferencias de la paciente, se dialoga respecto de los detalles necesarios para que este plan de alimentación se logre y no se establezca bajo ningún pretexto una situación de poder sobre la paciente o el entrar en pugnas por el control de la comida.

⁵⁴ <http://members.es.tripod.de/karolita/index1.htm>

Se pide a la paciente que defina los alimentos que claramente identifica como estimulantes del acto compulsivo de comer (golosina, helado, pastel, comida rápida y otros equivalentes); esto varía según las culturas del comer en diferentes países y aun en uno mismo según los niveles socioeconómicos.

Si el uso de purgativos, diuréticos o la autoinducción del vómito han actuado permanentemente, debe verificarse el equilibrio hídrico de la paciente, y quizás estén indicados dieta baja en sodio y productos de fibra para ayudar a eliminar el estreñimiento.

El apoyo del personal de salud debe ayudar a la paciente a integrarse a equipos o grupos de ejercicio físico, y aumentar gradualmente la participación en ellos; esto se debe hacer con vigilancia médica.

Una vida sana, con actividad social equilibrada, trabajo o estudio y una dieta adecuada con psicoterapia deben ser suficientes para regresar a la normalidad en la mayoría de las pacientes. ⁵⁵



TESIS CCN
FALLA DE ORIGEN

"FAVORECIENDO LAS CONDUCTAS SANAS"

Fig. 24

Dr. Dulanto, Enrique El Adolescente, Pág. 124-126

5.5 ACCIDENTES Y VIOLENCIA

ACCIDENTES

La morbimortalidad derivada de enfermedades y secuelas producidas por accidentes, en los que el factor humano es fundamental ha ido creciendo de forma alarmante.

Vivimos en un mundo en el que los avances técnicos se suceden constantemente; esto produce grandes beneficios pero también puede significar riesgos para la salud y para la propia vida.

La complejidad de los bienes de consumo y de las sustancias y aparatos que se utilizan en los hogares, los equipamientos y maquinarias de los trabajos, el creciente número de vehículos, la velocidad, etc., son circunstancias que van aumentando las potenciales situaciones de riesgo, entendidas como el peligro por las lesiones derivadas de la colisión con la propia tecnología, por lo que no se pueden examinar los problemas planteados por los accidentes separándolos de los complejos cambios sociales que se van produciendo.

El comportamiento humano tiene mucho que ver con la seguridad y prevención de los accidentes en todas las facetas de la vida. La formación de los profesionales, las políticas preventivas y, en general, la sensibilización de la sociedad, son actividades que refuerzan la prevención de los accidentes, ya que éste es un problema que afecta a todos los ciudadanos.

Los accidentes representan uno de los problemas prioritarios en salud pública, no solamente por el elevado número de afectados, con resultado de muerte o de enfermedad, sino también por las secuelas y repercusiones de tipo económico, por el elevado coste sanitario y social, por el número de años potenciales de vida perdidos y por las repercusiones psicológicas en los familiares y allegados de las víctimas, sobre todo si se trata de población joven.

El comportamiento humano como uno de los factores que intervienen en los accidentes, pero no podemos olvidar los factores medioambientales y psicosociales.

Estos factores varían según la edad y el sexo; de ahí que cuando se habla de los factores de riesgo de los adolescentes y jóvenes, hay que considerar la etapa psicoevolutiva que están atravesando, pues se trata de un período de grandes cambios en el que se afirman las bases de comportamiento futuros. Los factores que influyen en las conductas arriesgadas de los adolescentes con respecto a los accidentes son:

- Aumento de la agresividad e impulsividad durante la pubertad (en relación con los cambios hormonales).
- Percepción disminuida de los riesgos (relacionada con la etapa del desarrollo cognitivo)
- Tendencia a comportarse en oposición a las expectativas de la familia y la sociedad (parte del esfuerzo por lograr la autodeterminación).
- Curiosidad y deseo de nuevas experiencias (o bien un grado relativamente normal de la exuberancia de la juventud)
- El comportamiento peligroso motivado por otros factores psicológicos, como hacer lo que uno teme.
- La presión del grupo; búsqueda de la aceptación de los compañeros.
- Factores sociales; influencia de la publicidad para consumir determinados productos o adoptar conductas peligrosas.
- Influencia del medio ambiente físico (incluyendo el lugar de trabajo y los patrones de tráfico).

Los accidentes se han definido con frecuencia como "sucesos independientes de la voluntad"; sin embargo, la gran mayoría no son fortuitos, sino predecibles, y por esta razón pueden ser evitados.

Se considera que, después del primer año de vida y hasta los 44 años, los accidentes constituyen la primera causa de muerte, este hecho debiera instar a la reflexión puesto que el conocimiento científico disponible, sobre el riesgo de accidentalidad, sus determinantes y la efectividad de algunas intervenciones preventivas, no ofrecen justificación alguna a una actitud de pasividad frente a un problema al que se ha denominado "la enfermedad descuidada".

La mayoría de los accidentes pueden ser tipificados en cuatro clases:

Accidentes domésticos, son los más frecuentes y afectan con preferencia a niños, mujeres y ancianos, y están relacionados con las caídas, intoxicaciones con productos de limpieza y medicamentos, quemaduras y ahogamientos.

Accidentes laborales, los más graves son los del sector de transporte y construcción y afectan principalmente a adultos.

Accidentes de tráfico, son los de mayor impacto en la mortalidad y la discapacidad, afectan a todos los grupos de edad, especialmente adolescentes y adultos jóvenes, y están relacionados con el uso de vehículos de motor en calles y carreteras.

Accidentes deportivos, están relacionados con la extensión de las prácticas deportivas en el tiempo de ocio y afectan principalmente a adultos jóvenes.

Los accidentes causan en la actualidad más pérdidas de vidas jóvenes que cualquiera de las guerras que el mundo ha conocido; no obstante, las estadísticas de mortalidad no reflejan el impacto social de este problema en cuanto a morbilidad y coste económico tanto directo (tratamiento y rehabilitación) como indirecto (pérdida de productividad, escolaridad, pensiones por viudez o invalidez).

Se calcula que por cada accidente mortal hay centenares de accidentes no mortales cuya gravedad es variable.

Estrategias de Prevención.

La estrategia preventiva de los accidentes se basa fundamentalmente en dos tipos de acciones:

Medidas coercitivas (legislativas y sancionadas): Son las que han demostrado mayor efectividad en la reducción de accidentes de tráfico actuando sobre factores conductuales (consumo de alcohol, exceso de velocidad) y sobre factores de protección individual (uso de sillas para niños) y en factores conductuales relacionados con el consumo excesivo de alcohol y con medidas de protección en los hogares para las personas ancianas.

Las recomendaciones propuestas, para llevar a cabo por los profesionales de la salud, en especial los de nivel primario de atención, a todos los pacientes que acuden a la consulta son:

1. Utilizar el cinturón de seguridad si van en coche y el casco protector si lo hacen en motocicleta.
2. Evitar la conducción bajo efectos del alcohol o de otras drogas.
3. Asesorar sobre los peligros de sufrir caídas en el domicilio y la forma de prevenirlas, en las personas mayores, sobre todo las que presenten factores de riesgo personal, dificultad de visión, deambulación y uso de determinados medicamentos.

En la población infantil, las recomendaciones preventivas, incluyen la prevención de accidentes, y consejería, informar y asesorar a todos los padres de los problemas de accidentes y de las preocupaciones a seguir, según la edad del niño. Una medida genérica importante es asegurar que todos los hogares disponen, de forma accesible, del número de teléfono de alguna institución.

Los contenidos informativos, según los grupos de edad, son los siguientes:

Menores de 2 años. Seguridad en el automóvil, temperatura del agua del baño, incendios en el hogar, elementos peligrosos del hogar y almacenamiento de drogas y productos tóxicos.

De 2 a 6 años. Se añaden consejos sobre educación vial y seguridad en las piscinas.

De 6 a 14 años. Se añaden consejos sobre seguridad en bicicleta y motoneta, prevención de la intoxicaciones y de la conducta violenta y el uso de armas en adolescentes.

En las personas de edad avanzada la estrategia preventiva frente a los accidentes domiciliarios está basado en cuatro puntos:

1. Conocer el hábitat del individuo mediante visitas domiciliarias y explicar in situ los elementos favorecedores de accidentes y las posibles medidas de corrección (asideros, superficies, rampas, iluminación, etc.).
2. Evaluar de forma periódica el consumo de medicamentos y aprovechar las visitas domiciliarias para conocer los botiquines familiares.
3. Periódicamente valorar la audición y agudeza visual, así como los problemas de deambulación, instaurando medidas correctoras.
- 4 Potenciar la vacunación antitetánica.
5. Fomentar el ejercicio físico moderado y una nutrición adecuada.

Prevención de accidentes en la vía pública

Las medidas que él incluye deben ser respetadas, para evitar de esta forma daños que podrían llegar a ser muy graves.

Estas pueden ser:

- Atravesar las calles siempre en las esquinas
- Si no existe semáforo, esperar y mirar para ambos lados antes de cruzar la calle
- Respetar las luces del semáforo
- No jugar en los bordes de la vereda
- Respetar las señales de tránsito
- Respetar los pasos de peatones
- No subir o bajar de un vehículo en movimiento
- No viajar en la pisadera
- No conversar con extraños
- Mantener el orden en los medios de transporte.

Prevención de accidentes en casa

- Mantener los medicamentos o remedios en un lugar alejado del alcance de los niños
- Nunca dejar estufas encendidas en lugares que impidan o entorpezcan el paso de las personas.
- No dejar los niños solos en casa
- Guardar los útiles de aseo fuera del alcance de los niños
- No dejar jugar a los niños en la cocina, mientras se utiliza este recinto
- Si se va de vacaciones y la casa se queda sola, cortar el suministro de agua, luz y gas
- No dejar nunca los mangos de ollas o sartenes que estén sobre la cocina, con los mangos hacia fuera.⁵⁶

⁵⁶ icarito. Tercera. c1/icarito/1999/icaro/741/pag3.html. Plan de prevención de accidentes.

VIOLENCIA

En el reino animal se producen comportamientos agresivos, violentos y explotadores.

Cuando los animales realizan comportamientos agresivos, siempre existe un objetivo concreto. La meta puede ser procurarse alimento, emparejarse o establecer su dominio sobre el grupo. La utilización de la violencia es predecible y útil.

Sin embargo, los seres humanos son otra historia. Emplean comportamientos agresivos o violentos por una serie de razones que van desde el aburrimiento hasta el miedo. En ocasiones, los motivos son claros y comprensibles; en otros casos, todo lo que tenemos son inquietantes interrogantes.

Para explicar la violencia, hay que familiarizarse con los términos relacionados con la misma. El *abuso* es una acción intencionada por parte de alguien de provocar un daño, una lesión o un trauma. El abuso puede tener lugar por daño activo o por abandono pasivo. *Abandonar* es dañar la salud o el bienestar de otro mediante la omisión en el abastecimiento de sus necesidades básicas o arriesgando de manera poco razonable su salud o su bienestar. El abandono suele afectar a los miembros más vulnerables de la sociedad, como los niños y los ancianos.

La explotación alude a la utilización de un individuo con propósitos egoístas, por beneficio o provecho.

Los actos violentos y agresivos tienen lugar en todos los grupos educativos, sexuales, ocupacionales, raciales y religiosos de la sociedad, aunque es cierto que la pobreza contribuye al desarrollo de los comportamientos agresivos. La mayoría de los adultos de muchas sociedades, en especial los varones, desean trabajos con buenas expectativas productivas o financieras. La falta de un trabajo satisfactorio suele acarrear pobreza, frustraciones y, en muchos casos, violencia.⁵⁷

En la actualidad, la salvación de la humanidad ya no depende de un solo factor (de una nación o de un grupo ideológico), sino de muchos, independientemente del sitio en que habite o se haya nacido. La tremenda explosión demográfica, los desequilibrios de la biosfera (como consecuencia de la contaminación), así como el agotamiento de los recursos naturales, y aun el de los artificiales, las altas tasas de drogadicción y de criminalidad ponen al género humano ante peligros tan importantes como la bomba atómica.

⁵⁷ Frias, Antonio. Enfermería Comunitaria, pág. 291

El reto es actuar juntos, mediante nuevas vías de participación y convivencia, con respeto y tolerancia a los demás. Deben revisarse desde la raíz cada una de las pautas de conducta de las sociedades y, sobre todo, las de las propias relaciones: en caso contrario, habrá más violencia, más agresividad.

¿Porqué el adolescente es el que muestra más violencia? A través de la historia no ha cambiado la opinión de los adultos acerca de los adolescentes. Hesíodo. En el siglo XVIII a. C.; opinaba:

No veo esperanzas para el futuro de la humanidad si éste depende de los jóvenes frívolos de hoy. Todos son irreflexivos más allá de toda descripción. Cuando yo era un muchacho, nos enseñaban a ser discretos y respetuosos con nuestros mayores, pero la juventud actual es en exceso avispada e impaciente ante todas las restricciones.

En sociedades tan complicadas como las actuales, el comportamiento no se rige por un sólo código, además, constantemente están presentes los mensajes contradictorios de los adultos hacia los adolescentes: "no debes hacerlo", pero los adultos sí lo hacen. Constantemente violan los reglamentos establecidos, lo cual por un lado desorienta al joven, y por el otro, fomenta su rebeldía y agresividad, ya que al limitarlo éste considera tal limitación como una agresión personal.

La violencia en México, como en todo el mundo, ha alcanzado niveles insospechados, que en la actualidad rebasan los recursos de que se dispone para combatirla, los cuales resultan a todas luces insuficientes. Los problemas son múltiples, los cuales incluyen desde las autoridades (nepotismo, corrupción, soborno, impunidad) pasando por el crimen organizado, los cárteles de narcotraficantes y los secuestros, hasta la delincuencia, el vandalismo, las manifestaciones y muchas amenazas más contra la seguridad nacional; todo ello genera como consecuencia miedo, rabia y, sobre todo, incertidumbre en la población general.

La violencia en las grandes urbes va de la mano de los problemas socioeconómicos y políticos existentes entre la población y el gobierno de cada una de ellas y está ligada a la injusticia, que los gobernantes de los países ricos no han querido o no han sabido frenar para impedir el malestar social que esto genera. Mientras halla clases rechazadas y perjudicadas, en tanto sea mayor el desequilibrio económico y la distancia entre ricos y pobres en una sociedad donde tienen que convivir ambas clases dentro de un marco por ende frágil, inevitablemente habrá nuevas explosiones de violencia.

Ante esta preocupación diversos autores han definido a la violencia: "Como una forma extrema de agresión que implica un intento para causar grave lesión física o psicológica".⁵⁸

⁵⁸ Gross, Psicología. La ciencia de la mente y la conducta, pág. 454

En algunos otros medios definen a la violencia como: "Todos los actos y omisiones intencionales cometidos por un integrante de la sociedad contra otros, por lo que daña la integridad bipsicosocial de la víctima".

Por lo tanto la violencia se clasifica en:

- Violencia sexual
- Violencia psicológica
- Violencia física

Y estas se manifiestan:

- Violencia laboral
- Violencia doméstica
- Violencia económica
- Violencia social
- Violencia en los medios de comunicación

La principal teoría creo la idea de que el adolescente que asesina o usa la violencia se encuentra en un estado de narcisismo primitivo, en el cual se enfurece cuando se siente herido en su frágil autoestima.

La experiencia clínica indica que el adolescente homicida constituye un grupo heterogéneo. Clasificaron a este tipo de jóvenes, basándose en las circunstancias del homicidio conocido:

1. Psicótico, los cuales tienen un trastorno de fondo y requieren de tratamiento psiquiátrico
2. Conflictivo (aquellos que asesinaron a una persona en el curso de un conflicto interpersonal). Este grupo incluye a los adolescentes que mataron a sus padres
3. Criminales (aquellos que asesinaron a personas extrañas).

De acuerdo a esta clasificación estas características se relacionan en adolescentes que se inician con conductas anormales (como agresiones personales o en propiedades ajenas, robo, violación y otras actividades ilegales). Las enfermedades mentales con riesgo de violencia (p. Ej., la esquizofrenia), los trastornos conductuales que llevan al abuso del alcohol o de drogas pueden transformar a un individuo tranquilo en uno de alta peligrosidad.

En el área neurológica, cualquier alteración que afecte el funcionamiento del lóbulo temporal, como epilepsia, infecciones, enfermedades causadas por infestaciones de parásitos, tumores cerebrales o incluso padecimientos degenerativos puede generar una conducta violenta en el sujeto que la padece.

Influencia de los amigos

El adolescente ha mostrado comportamiento homicida y violento sólo y en grupo. El adolescente busca compañeros para compartir inquietudes y experiencias, y para el joven la opinión de aquellos es tomada como verdad absoluta. Los padres ven esto con horror, ya que sienten perder a sus hijos y que unos desconocidos les suplan. Todos estos grupos de amigos, bien orientados, pueden favorecer una asociación positiva que afiance la autoestima al obtener apoyo y popularidad. El contactar con gente que tiene intereses diferentes lleva a un equilibrio y reajuste de la personalidad. En cambio, cuando estos grupos carecen de orientación adecuada, los intereses serán canalizados a descubrir nuevas sensaciones por la vía delictiva, de la violencia y de la drogadicción o todas al mismo tiempo.

Factores fisiológicos y del desarrollo

En una investigación se encontró que en niños con abuso y daños neurológico e intelectual era más fácil hallar un comportamiento agresivo que en niños controles con funciones intactas del sistema nervioso central. El efecto del daño cerebral se ha limitado a las áreas que resuelven problemas sociales, el lenguaje y el control de impulsos.

Factores socioeconómicos

La crisis que se está viviendo en todo el mundo, principalmente en los países en vías de desarrollo, la cual ha originado gran número de desempleados y que, por supuesto, ha hecho a los pobres más pobres y a los ricos más ricos, es sin duda una de las causas más importantes de la violencia.

Por el otro lado, el abuso del alcohol y otras drogas y la desintegración familiar han llevado a los jóvenes a buscar otros caminos y a integrarse a bandas de delincuentes, lo cual ha generado más violencia. Por supuesto hay que tomar en cuenta otro elemento que también favorece las acciones delictivas y vandálicas, como el habitar en zonas donde hay escasez de servicios importantes y el hacinamiento.

Influencia familiar

Las relaciones familiares son fundamentales y su objetivo final en el proceso de socialización debe ser el lograr que el adolescente llegue a desarrollar toda su personalidad como ser humano.

Algunos factores contribuyentes a la delincuencia juvenil, como poca supervisión de los padres, disciplina demasiado severa, desarmonía matrimonial, rechazo del niño por las padres, escaso interés de los padres por el niño y padres antisociales, alcohólicos y criminales. Por ejemplo, los padres coercitivos pueden generar conflictos que alteren la atmósfera familiar, con consecuencias negativas en la comunicación padre-hijo, tanto en forma general como particular.

Medios de comunicación

Cada vez más investigadores han reconocido que el presenciar actos de violencia en la infancia quizás es uno de los factores determinantes del comportamiento violento posterior de los adolescentes, junto con el hecho de sufrir abuso.

Los muchachos aprenden la violencia y otros modelos de conducta familiar, así como la violencia que ven a través de la televisión, el cine o ambos.

Quizá no sea tan sorprendente que la televisión pueda tener una influencia significativa en el desarrollo de la conducta y personalidad de los jóvenes, ya que, el adolescente, dedica en promedio, más tiempo a ver televisión que hablar con su familia. El comportamiento antisocial de los jóvenes puede ser consecuencia de los videojuegos, los cuales con frecuencia son violentos; sin embargo, esto debe alentar y preparar a los padres acerca del daño potencial que puede ocasionar la explosión constante a una realidad virtual violenta en sus hijos.

La representación del dolor y sufrimiento de las víctimas comúnmente es mínima, por esto los televidentes se identifican con los ganadores o generadores de violencia, pero no con las víctimas. Esta exposición repetida de la imágenes violentas puede sensibilizar a la gente a la misma violencia y a tener una visión paranoide del mundo; este fenómeno se denomina "síndrome de mundo malo".

Dificultades de aprendizaje y desarrollo infantil

Una adecuada formación educativa del niño es fundamental para ayudar al adolescente a tomar decisiones acertadas ; ésta debe dirigirse a enseñar "como pensar" y no "que pensar".

Algunos autores han descrito la existencia de alteraciones del lenguaje en los adolescentes homicidas y sostienen que el problema en éstos es la dificultad para expresarse en situaciones estresantes y, como consecuencia, actúan en forma violenta, en lugar de hablar y tratar de encontrar una solución; además, su capacidad de racionalizar y entender es reducida.

Se considera que los niños hiperactivos con déficit de atención tiene mayor riesgo de generar conducta delictiva a futuro. El desarrollo de éste comportamiento antisocial y su enlace con la infancia se explica por que algunos autores han denominado "camino agresivo versátil". Este se inicia en niños pequeños con graves trastornos de conducta y problemas de déficit de atención con hiperactividad que interfieren en su aprendizaje académico y en su integración social, lo cual los coloca en desventaja con respecto a sus compañeros al tener problemas de relación con el hogar y en la escuela. Esto puede condicionar al niño a abandonar la escuela e identificarse con delinquentes, drogadictos, o ambos, que sí lo aceptan, lo cual finalmente favorece

una conducta violenta y delictiva. Esta vía demuestra el efecto acumulativo de los factores de riesgo que pueden potenciar entre sí una reacción en cadena y un círculo vicioso, del cual para el joven ya le es muy difícil salir.

Abuso de sustancias psicoactivas (droga y alcohol)

Se ha hallado una correlación positiva entre el comportamiento violento y el abuso de sustancias psicoactivas.

La violencia en los farmacodependientes se vincula más con su estilo de vida. El uso de cocaína y otras drogas ilícitas se relaciona con la violencia de tres maneras: 1) convenios ilegales en cuanto a la droga, que incluyen el control de áreas o territorios, represalias y autodefensa; 2) actividades para obtener dinero de las ventas, y 3) el robo y la prostitución como medios para conseguir la droga.

Disponibilidad de armas

La disponibilidad de las armas aumenta la letalidad y el comportamiento violento. En Estados Unidos, estudios controlados demostraron un alto riesgo de homicidio y suicidio en los casos en que tenían armas guardadas. En México, las cifras son similares a pesar de que las armas de fuego están prohibidas, pero generalmente son robadas o pasan de contrabando a través de las fronteras del país.

Factores cognoscitivos

Los adolescentes agresores despliegan preocupaciones y fantasías acerca de la muerte, la violencia y el homicidio; tienen ideas paranoides y una falsa percepción de los hechos y las cosas; por ello tienden a confundir sus fantasías con la realidad, viviendo en un estado entre la realidad y la fantasía. Además de que muestran muy poca empatía y gran capacidad de deshumanización.

Se sabe que los adolescentes que se desarrollan dentro de un ambiente de maltrato, adoptan una identidad como víctimas de abusadores, lo cual perpetúa el abuso y la violencia entre ellos mismos.

Todos los factores de riesgo mencionados se refieren a la conducta violenta de un adolescente en general y no necesariamente al adolescente homicida. Nunca se puede saber cuándo un adolescente que amenaza de muerte va a llevarlo a cabo; sin embargo, la recomendación es que a todo adolescente que amenace de homicidio, se le lleve a cabo una valoración y seguimiento.

Prevención y tratamiento.

Para evaluar el riesgo de comportamiento hay que tomar en cuenta factores biológicos de vulnerabilidad, psicológicos y sociales; situaciones ambientales de estrés y disparadores, como actitud hacia la violencia desplegada por la sociedad, y disponibilidad de un arma de fuego.

Los jóvenes de mayor riesgo de presentar una conducta violenta serán quienes tengan mayor número y grado de gravedad de los factores de riesgo; cada uno de éstos puede potenciar el efecto del otro y viceversa. Los jóvenes con mayor desventaja son aquellos que tienen daño cerebral, impulsividad, dificultades de lenguaje o de aprendizaje o ambas, quienes han sufrido maltrato y han presenciado violencia intensa; estos sujetos pueden generar una conducta paranoide y deshumanización mental y, bajo ciertas circunstancias del medio amenazadoras de su autoestima, pueden tornarse muy violentos.

Los elementos que deben tomarse en cuenta en conjunto para el tratamiento de los adolescentes delincuentes son la capacidad del joven de reconocer y de ser consciente de su propia peligrosidad; el grado de motivación para cambiar, específicamente con respecto a amenazar a la víctima, y el nivel de cooperación con los profesionales de la salud.

La única manera de prevenir la violencia en los adolescentes es identificar a la población sensible.

Se sugiere que es posible reconocer patrones especiales de individuos y comunidades con riesgo de heridas recurrentes, las cuales no parecen estar vinculadas con eventos al azar y, por tanto, es factible intervenir durante su hospitalización, ya así evitar que se continúen repitiendo.

Hay que tomar en cuenta que por lo regular los individuos violentos se rehusan a tratamiento alguno, porque si éstos no reconocen tener una conducta violenta, mucho menos aceptan que ese tipo de comportamiento pueda ser anormal y que puede catalogarse como un trastorno no médico o psiquiátrico que amerite una terapéutica. Pero sí además un individuo con conducta violenta, cuya causa ha sido cualquiera o varios de los factores socioeconómicos ya señalados (como condiciones de hacinamiento, pobreza extrema, desempleo, pandillerismo, etc.), se está enfrentando un problema que rebasa con mucho la intervención del profesional de salud, y requiere de soluciones sociales, políticas y, por supuesto, económicas. Si se trata de una persona esquizofrénica o psicópata se debe iniciar la terapéutica farmacológica adecuada y solicitar la intervención de un psiquiatra experimentado, aunque a la fecha muchos de estos tratamientos, que incluyen psicoterapia, no han sido eficaces como se desea.

El tratamiento del alcoholismo y la drogadicción también requieren intervención experimentada, pero esta terapéutica depende de la completa colaboración del paciente y, por supuesto, de la participación de los grupos de autoayuda.

En otros trastornos, como los neurológicos, tumorales, degenerativos o ambos, se pueden usar tranquilizantes, ansiolíticos o neurolépticos o ambos, mientras se le ofrece el tratamiento adecuado o definitivo que comúnmente permite controlar la conducta agresiva en forma adecuada.

Algunas sugerencias que se han mencionado par reformar las actitudes de la sociedad hacia la violencia han incluido, por ejemplo, uso de lenguaje corporal en los anuncios, disminuir la exposición de violencia y el acceso de armas, proporcionar programas educativos a niños en riesgo, e intervenir directamente en los hogares, en las escuelas y en los barrios bajos; estas intervenciones incluyen entrenamiento y enseñanza de habilidades para la solución de conflictos y tratamiento para víctimas de la violencia.

A los jóvenes en riesgo de conducta delictiva se les debe reconocer tempranamente para hacerles un seguimiento y prevenir conductas violentas mediante la intervención profesional, lo cual puede mejorar la situación de muchos de estos adolescentes, aunque con frecuencia sus comunicaciones son peligrosas y requieren de la intervención de otros servicios además de los de salud mental.⁵⁹

⁵⁹ Dr. Dulanto, Enrique. El Adolescente, pág. 1270-1279



TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

"Formas de expresión de los adolescente que muestran conductas violentas"

Fig. 25 Anónimo

126-A

5.6 PROBLEMAS PSICOAFECTIVOS

Salud Mental

La salud es un estado de equilibrio inestable, nunca es permanente ni definitiva, se modifica de forma continua debido a que las circunstancias internas y/o externas de las personas cambian. Como componentes de la salud mental se identifican los siguientes: estar en contacto con la realidad, que significa no sólo orientación, sino también la habilidad para afrontar los problemas de la vida con criterio realista y aceptar lo que no puede modificarse; reconocer y aceptar las limitaciones personales; obtener satisfacciones razonables de la actividad diaria; conocerse así mismo en forma adecuada; ser uno mismo y con actitudes positivas hacia sí mismo; tener una vida emocional equilibrada; adaptarse a la vida en sociedad; tener sentimientos de seguridad apropiados; poseer una filosofía de la vida; desarrollar actitudes críticas; poner en juego el espíritu creador en la vida personal y tener la capacidad de enfrentarse con problemas orgánicos.

Entendemos por el *proceso de cambio*, como un proceso natural y dinámico, que es continuo e inevitable, mediante el cual sucede la transición de un estado o situación a otro.

El proceso de vivir entraña innumerables situaciones cambiantes para las personas. Ya desde el momento de nacer, en que cambiamos el líquido amniótico por la atmósfera natural y debemos aprender a respirar, los cambios se van a producir prácticamente de una manera ininterrumpida a lo largo de toda nuestra vida.

Teniendo en cuenta que el núcleo de los problemas generales, en la pérdida de la calidad de vida y deterioro de la salud, son los problemas emocionales y los desajustes psicosociales, debe entenderse que:

1. La concepción holística del individuo y de la salud implica reconocer el bienestar biopsicosocial como un objetivo prioritario.
2. Los conocimientos actuales sobre salud mental proporcionan herramientas específicas de intervención para el abordaje de los problemas de salud desde una perspectiva integral.
3. Los problemas de salud mental, al igual que el resto de los trastornos que sufren los individuos son susceptibles de prevenir y atender, al igual que sus recidivas y secuelas.
4. Tradicionalmente los aspectos emocionales y psicosociales han sido objeto de atención en el nivel primario siguiendo el modelo biomédico, lo que ha producido que los profesionales busquen causas biológicas a las demandas de los usuarios, un encarecimiento del coste de la atención, por el incremento de

la realización de pruebas diagnósticas y el peregrinar por distintos especialistas, y la cronificación de la demanda sin resolución del problema.

El profesional debe considerar que el trastorno psíquico alcanza su principal significación no en el orden biológico, sino en el racional, los criterios de identificación de caso psiquiátrico se construyen más sobre patrones socioculturales; y el individuo afectado de un trastorno somático cuenta con recursos para distanciarse psicológicamente del problema, mientras que una afectada emocional atenta directamente a la propia identidad, impidiendo o dificultando el reconocimiento del trastorno.

La complejidad de los factores que intervienen en los problemas de salud mental requiere un modelo conceptual operativo que estructure la intervención en el nivel de atención primaria, partiendo de una valoración que englobe:

- Aspectos biológicos. Tanto congénitos como adquiridos: etapa del ciclo vital.
- Aspectos personales y subjetivos. Recursos socioeconómicos, descripción del individuo sobre el problema, recursos personales de afrontamiento (experiencias anteriores de resolución de problemas), disposición del individuo a implicarse en el autocuidado y creencias, valores y compromisos.
- Estilo de vida. Relaciones familiares, otras relaciones interpersonales, conductas de salud/enfermedad, estresores.
- Contexto. Aspectos epidemiológicos, aspectos demográficos, recursos comunitarios, aspectos socioeconómicos, aspectos culturales.
- Demanda. Quién la realiza, por qué ahora y qué espera.
- Función del síntoma. Todo síntoma significa comunicación inter-intrapersonal, por lo que lleva implícito aspectos relacionales (mensajes) que de alguna manera conforman la interacción entre los individuos.

Una vez establecido la forma de valorar, hay que tomar en cuenta la forma en la que habitualmente se producen los *cambios* que pueden ocurrir e influir en las conductas de las personas.

Cambio espontáneo. El que se produce de manera no premeditada ni programada, que se presupone nace de un impulso o motivación interna. Tendría relación con la creatividad, donde el cambio significa realizar algo novedoso y productivo, y también con la búsqueda de soluciones alternativas. Las personas habitualmente cambian o modifican su comportamiento de manera espontánea de acuerdo con los mensajes que perciben y de los resultados que obtienen en la resolución de problemas.

Cambio planeado. Debe ser un esfuerzo consciente y deliberado para resolver problemas. Se comienza con una idea que tiene un propósito concreto y deliberado, pasando posteriormente a realizar las actividades necesarias para lograr el objetivo propuesto.

A su vez, de acuerdo a nuestra sociedad en la que vivimos, se producen dos tipos de cambios, que se caracterizan por la rapidez en que se producen.

Cambios evolutivos. Se refieren a las experiencias de cambio que usualmente acontecen en relación directa con determinados períodos del ciclo vital.

Cambios situacionales. Son externos y normalmente producidos por causas accidentales que pueden concluir en experiencias traumáticas importantes en la vida de las personas.

La mayor parte de los cambios producen una reacción de tensión o ansiedad en las personas, de manera indistinta, tanto si los cambios son producidos por situaciones que el sujeto vivencia como agradables como si son fruto de experiencias desagradables.

El mayor riesgo que puede conllevar el cambio es la pérdida de identidad, pero no hay que desdeñar que también todo cambio se relaciona en sí mismo con tensión y ansiedad.

Durante el proceso de cambio, pueden ocurrirnos reacciones poco habituales, pues también padecemos unos sentimientos más fuertes de vulnerabilidad que, a medida que se va resolviendo el cambio, van desapareciendo.

Si las personas que están en proceso de cambio poseen bien afianzada una filosofía de vida y su escala de valores y apoyos sociales es amplia, los riesgos se podrán aminorar.

Los riesgos disminuyen cuando:

1. Existe un buen autoconocimiento.
2. Conocemos bien el sistema social en que se produce el cambio y a quienes lo conforman.
3. Poseemos conocimientos sobre el proceso del cambio.
4. Incluimos, para avanzar en el proceso, todos los recursos disponibles.
5. En el momento del cambio estamos organizados y preparados para el mismo.
6. El cambio no supone grandes modificaciones en nuestras vidas.
7. Hemos de acomodarnos a la nueva situación sin excesiva prontitud.
8. Hay un compromiso personal para que el cambio se produzca.

Hay situaciones que propician la resistencia al cambio, como son:

1. La insuficiencia de autoconfianza.
2. La imprevisión de los problemas asociados.
3. El temor a las pérdidas posibles.
4. La inestabilidad que acompaña todo el proceso.
5. El momento en que se produce el cambio no es el más oportuno.
6. Dificultades en planificar y organizar los recursos.

Para la enfermería en salud mental, conocer y comprender los procesos que se producen en el cambio resultan esenciales, porque todas las situaciones de cambio presuponen un estrés para las personas. Por lo tanto, puede producirse un cierto grado de desequilibrio, que el enfermero debe conocer y estar familiarizado, para poder actuar correctamente en estas situaciones y ayudar a las personas que se hayan inmersas en un proceso de cambio.

Las aportaciones desde enfermería al equipo asistencial se concretan en actividades preventivas, asistenciales, psicoeducativas y rehabilitadoras. Para lo cual se contempla lo siguiente:

- Proceso diagnóstico: Desde la valoración se establecen los problemas de salud del usuario, familia y comunidad.
- Proceso terapéutico. Desde el desarrollo del plan de actividades específico para resolver el problema identificado.

Por lo tanto el papel del enfermero es actuar como "agente de cambio", para favorecer el paso a estadios del desarrollo más avanzados o bien para ayudar a resolver las situaciones cambiantes.

Una de las formas en la que el profesional de enfermería, puede ayudar a resolver estos conflictos es por medio de la identificación de las crisis que pueda vivir el adolescente y adulto joven en el momento, convirtiendo la atención en intervención en crisis.

La *crisis* consiste en una vivencia de amenaza que las personas sienten cuando les ocurre algún suceso inesperado, que desequilibra su estructura psicológica y que no pueden manejar con los mecanismos habituales.

En las crisis siempre se contienen elementos de cambio o pérdida. Hoy en día, nos encontramos continuamente con situaciones cambiantes, que amenazan nuestro equilibrio funcional y ponen a prueba nuestra capacidad de adaptación y de resolución de problemas.

La reacción a la crisis puede disminuir en intensidad si la persona posee un sistema de apoyos estructurado y amplio, entre los que resulta destacable, por su importancia primordial, el sistema familiar o incluso los grupos de apoyo naturales como los amigos y los profesionales de la salud.

Cabe destacar que cada persona posee un bagaje cultural propio y también la sociedad que le rodea le influye con unas pautas y valores culturales de patrimonio común. Estas normas o hábitos socioculturales habrán de tenerse en cuenta para la resolución satisfactoria de la crisis.

Pero si estos apoyos no existen o no son inculcados, y además, el sistema familiar no funciona puede provocar cambios bruscos en el estilo de vida de los jóvenes y puede desencadenar y potenciar la aparición de crisis. Generalmente estas crisis van acompañadas de depresión, angustia y ansiedad. La Organización Mundial de la Salud ha detectado que los trastornos más prevalentes actualmente son la depresión y la ansiedad.

Depresión.

El término depresión se ha convertido en un vocablo de uso común en las conversaciones cotidianas. Sin embargo, con mucha frecuencia se utiliza para decir tristeza, falta de entusiasmo, pereza, frustración como experiencias vivenciales aisladas y transitorias.

Si se refiere a la adolescencia, la presencia de la depresión, es a la vez, un fenómeno común y transitorio y una enfermedad peligrosa que puede derivar en actuaciones autodestructivas.

La adolescencia demanda del sujeto energía, destreza, aceptación, identificación, idealización, etc. Estos factores deben tener una base sólida, con el fin de no ocasionar "extras" al proceso evolutivo del desarrollo.

La *ansiedad* y la *angustia* son elementos estructurantes del desarrollo que se encuentran a lo largo de los diferentes estadios, sirven como protectores y como "señales" cuando algo no está bien; además, permiten salvaguardar al adolescente y, por tanto, favorecen su desarrollo. De este modo, se podría considerar que la angustia es un producto de la psique y la ansiedad, del cuerpo, y que se usan de modo similar al dolor, para percatarse de que el cuerpo sufre y está enfermo.

Es decir, se le llama angustia al temor intenso hacia un objeto o circunstancia no conocidos; se distingue del miedo en que, en el último, sí se sabe su causa, debido a su naturaleza, intensidad, etc.; el miedo es consciente, mientras que la angustia invade los terrenos conscientes e inconscientes.

Por otra parte, la ansiedad implica ya una respuesta corporal con expresiones de disnea, palpitaciones, diaforesis, somatizaciones diversas, etc., y la advertencia consciente de lo catastrófico.

La ansiedad y la angustia son acompañantes permanentes del ser humano, preceden a su nacimiento (registradas como sufrimiento fetal) y lo acompañan a lo largo de su existencia hasta la muerte.

Aunque parece natural y hasta normal que estos *cambios* se den durante la juventud es indispensable que tengan una orientación para poder enfrentar sus crisis, para evitar así, que estas conductas sean destructivas durante esta etapa.

Algunos cambios que pueden desencadenar crisis en los jóvenes son:

1. Conflictos familiares
2. Separación o divorcio
3. Cambios continuos de domicilio
4. Repentinos cambios laborales o de responsabilidades
5. Embarazo no deseado
6. Perdidas de salud o enfermedades, tanto propias como de las personas allegadas
7. Procesos de hospitalización
8. Bajo rendimiento escolar
9. Conflictos o separación con la pareja
10. Desempleo
11. Etc.

Como profesionales de la salud es nuestra responsabilidad estar preparados para orientar, aconsejar e intervenir en los conflictos en los que los jóvenes no puedan resolver solos, para ello debemos tener conocimiento o manejar adecuadamente la *Intervención en crisis*, de esta manera sería una forma más participar directamente en la solución de conflictos de los jóvenes.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PROBLEMAS ECONOMICOS



¡¡ O DESTRUCCION TOTAL !!

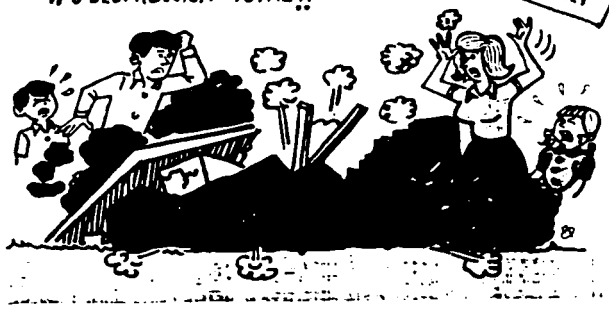


Fig. 26 "Factores que podrían desencadenar problemas de tipo psicológico en los jóvenes".

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Intervenir en una crisis significa introducirse de manera activa en la situación vital de la persona que la está experimentando, con el fin de aminorar el impacto que puede producir y para ayudar a la persona a que movilice sus propios recursos y logre de nuevo la estabilidad.

Para comenzar, debe establecerse una relación terapéutica de aceptación, apoyo y empatía, que permita disminuir el temor de la persona y reforzar las expectativas positivas sobre el control de la crisis. Conviene explicar que la petición de ayuda es significativa de criterios correctos.

Hay que fomentar la expresión de sentimientos, permitir que la persona exprese y pueda reconocer sus temores, y explicarles que son normales para la situación

Dar apoyo, para que la crisis comience a ser afrontada por medio de la expresión de los sentimientos dolorosos.

Animar a que la persona comunique y clarifique su percepción de la situación, lo que le representa y las expectativas que le supone, de lo cual partiremos para afrontarla, conectando los sentimientos que nos expresa, con la normalidad de los mismos en la presente situación.

Conocer con cierto grado de certeza la veracidad de los hechos, ya que en ocasiones el estado de ánimo modifica la percepción y se producen fantasías o temores irreales.

Aceptar que la persona puede desarrollar mecanismos de defensa inconscientes ante la situación, para lo cual deberemos presentar la realidad con objetividad, siendo al mismo tiempo conscientes de las defensas, evitando dar falsas seguridades, pero planteando la posibilidades reales de resolución del problema.

Resulta normal que la persona racionalice los hechos, deben plantearse las preguntas correspondientes para aclararlo, a fin de evitar que se traspasen las responsabilidades a otras personas. Las personas necesitan un período de tiempo prudencial para adaptarse a la situación; pretender acelerarlo, puede resultar entorpecedor o contraproducente.

Ayudar a que realice lo que pueda por sus propios medios y evaluar sus recursos para afrontar la situación o aprender nuevas acciones para resolverla. La comprensión intelectual, ayuda a la emocional.

Colaborar en la toma de decisiones, hablar con el enfermo sobre las realizaciones posibles y describir las tareas que hay que realizar, estableciendo un orden de prioridades.

Reforzar a la persona, aumentando su autoestima y proporcionando confianza en la posibilidad de manejar o resolver la crisis.

Fomentar la búsqueda de otros apoyos, sociales o familiares, y conocer y comunicar los recursos que la comunidad tiene disponibles para el caso.^{60 61 62}

⁶⁰ Rigol, A. et al. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica, pág. 117-121

⁶¹ Dr. Dulanto, Enrique. El Adolescente, pág., 1240, 1312

⁶² Frías, Antonio. Enfermería Comunitaria, pág., 423-426

CAPITULO 4

VI. MANUAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA EL ADOLESCENTE Y ADULTO JOVEN.

La educación para la salud dirigida a la población consiste en hacer partícipes a sus miembros de una serie de conocimientos que impulsen razonadamente a la acción y a la responsabilidad. "Saber es discernir lo que es de lo que no es". En este caso lo que es bueno y lo que no lo es para la salud, y sabemos algo plenamente cuando, además de saber "que es", sabemos "porqué es". Por tanto, la educación para la salud pretende razonar por qué tal serie de comportamientos o estilos de vida pueden afectar la salud.

La educación para la salud consiste en propiciar y establecer un mensaje de cuestiones sencillas de un modo sencillo y para gentes sencillas. Pero, ante todo, hay que establecer el mensaje intelectual, como un reto, el "atrévete a saber", pero planteado de un modo sencillo.⁶³

Ante esto, recordemos que la adolescencia es un proceso de cambio desde la infancia hasta la adultez, pero hay sociedades en las que se trata de un breve e intenso período, mientras que en otras se precisan bastantes años.

Cada adolescente ha de conquistar este nivel adulto a su propio ritmo y adoptarlo a sus peculiaridades; la personalidad individual ha de pasar por todos los cambios y procesos psicosociales del ciclo vital, pero al mismo tiempo va a permanecer igual a sí misma, ya que es lo que define la diferenciación de cada individuo.

De aquí la necesidad de organizar una adecuada intervención en salud para estas edades, tanto sobre los individuos como sobre los colectivos. Según los momentos y los temas será necesario trabajar por sexos, con chicos o chicas aisladamente, porque en estas edades el sentimiento de intimidad está muy a flor de piel; también la exclusividad de alguna situación puede reclamar la relación aislada, cara a cara, incidiendo en una sola persona.⁶⁴

⁶³ Del Rey, J., Como cuidar la Salud. Su Educación y promoción, pág. 1

⁶⁴ Sánchez, Antonio, Enfermería Comunitaria I, pag. 294

La planeación de los temas de Educación para la Salud son basados en las asignaturas de Docencia en Enfermería y Didáctica en Educación para la salud de la carrera de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, esto le permitirá al profesional, establecer las formas y parámetros para llevar a cabo la enseñanza - aprendizaje, además de facilitar la organización de educación a otros profesionales del área de la salud para trabajo en grupo o individual con jóvenes.

Siguiendo lo anterior se sugieren tres métodos para la enseñanza - aprendizaje en adolescentes y adultos jóvenes, que se consideran los más adecuados para esta actividad los cuales son: El taller, La Charla y la Discusión en Grupo o Debate, ya que pueden ser utilizados en determinadas circunstancias, individual y grupal, que le permitirá al profesional transmitir el mensaje educando individualmente y/o detectar problemas entre los participantes y para el mejor de los casos darle seguimiento o canalizarlos a algún centro especializado.

Es importante mencionarlo, ya que con éstos métodos el educador tendrá la oportunidad de observar y detectar las dudas de cada persona que será de acuerdo a su participación o inquietud dentro del grupo.

6.1 MÉTODOS DIDÁCTICOS

EL TALLER

Este método es el más utilizado para llevar a cabo algún tema de Educación para la Salud por sus ventajas que trae consigo, ya que facilita la estructuración de la sesión a desarrollar, algunas de las ventajas son:

- Hace que los maestros y estudiantes se familiaricen con la manera de desarrollar las unidades de aprendizaje, lo cual facilita la participación activa de los niños y ayuda a los adultos a ganar experiencia y sentirse seguros en su papel de facilitadores.
- Ayuda a los maestros a adaptar el currículo a nivel local y aprovechar todas las oportunidades educativas en que los estudiantes, motivados por las circunstancias, están dispuestos a explorar un asunto en particular.
- Facilita al maestro la selección de métodos apropiados y la introducción de nuevas actividades, con el fin de mantener la dinámica del grupo y el proceso de aprendizaje de las destrezas en cada unidad.

La OMS propone el siguiente formato:

Momento	Objetivos	Ejemplo de actividades
Introducción	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar en forma breve el tema central y los objetivos de la unidad de aprendizaje • Estimular el interés y la curiosidad de los estudiantes en el contenido de la unidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Saludo breve • Exposición corta sobre la importancia del tema a tratar y presentación de los objetivos
Creación de un ambiente propicio para el aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular en el grupo un ambiente "seguro", agradable y propicio para el aprendizaje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Juegos u otra actividades para "romper el hielo" o inducir un clima de trabajo
Presentación del tema	<ul style="list-style-type: none"> • Familiarizarse con el concepto del tema en cuestión y su importancia en la vida cotidiana. • Aprender a utilizar las herramientas de aprendizaje del tema. 	<ul style="list-style-type: none"> • El profesor puede comenzar sondeando (lluvia de ideas) qué piensan sobre el tema a tratar • Mediante distintas estrategias didácticas, introduce conceptos, ideas y conocimientos nuevos del tema
Práctica y reforzamiento del tema	<ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica los conocimientos aprendidos durante el taller. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los estudiantes aplican lo aprendido del tema a través de juegos de roles, dramatizaciones u otras técnicas. • El facilitador y los demás participantes tienen la oportunidad de brindar retroalimentación sobre el tema
Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Precisar el logro de los objetivos propuestos 	<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador puede hacer preguntas de proceso (¿Qué aprendió en este taller?) para evaluar los resultados del mismo
Actividades para realizar fuera del aula	<ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica lo aprendido • Brindar continuidad entre una sesión y otra 	<ul style="list-style-type: none"> • El maestro debe sugerir algunas actividades, individuales o en grupo, para realizar en casa o en la comunidad

⁶⁵ Mantilla, L., *Habilidades para Vivir*, pág. 16-17

LA CHARLA

La charla educativa es el procedimiento directo de educación para la salud más utilizado para dirigirse a grupos. Las charlas suelen dirigirse a grupos sociales organizados de la comunidad (asociaciones de padres, asociaciones de vecinos, entidades cívicas o culturales, etc.).

En la planificación y realización de las charlas, deben tenerse muy presentes los siguientes puntos, para que la acción educativa sea eficaz:

1. La charla debe ser promovida por el propio grupo social al que va dirigida, por medio de sus líderes. *Si la charla se promueve desde un organismo oficial, sin contar con los líderes de la comunidad, difícilmente tendrá éxito.* Sólo los líderes naturales tienen capacidad de convocatoria y de organización para reunir grupos. Además, sin su apoyo, los mensajes transmitidos no serán aceptados.
2. El orador elegido debe ser un conocedor del tema, pero al mismo tiempo debe gozar de reconocido prestigio en la comunidad. El enfermero que trabaja en la atención primaria reúne ambos requisitos, por lo que es el orador ideal para los grupos sociales de la comunidad a la que sirve. También es apropiado para las charlas dirigidas a las asociaciones de padres de los colegios o para las charlas dirigidas a los trabajadores de las fábricas.
3. El tema elegido debe responder a los deseos, necesidades e intereses del auditorio. Por ejemplo, en las charlas efectuadas en la escuela, dirigidas a padres de familia, los temas elegidos deben guardar relación con la salud de los hijos y de la comunidad familiar. Si la charla va dirigida a jóvenes, debe tratar la problemática específica de la edad (prevención de I.T.S., de los embarazos no deseados, de las adicciones, etc.) Si la charla va dirigida a trabajadores, los temas preferidos serán la prevención de accidentes y el control de los riesgos tóxicos ambientales.
4. Las condiciones del local deben ser óptimas. El local debe ser cómodo y agradable, y debe presentar buenas condiciones acústicas y de climatización. La disposición de la sala procurará el máximo acercamiento del educador con el grupo. Si no se dispone de local adecuado, es mejor posponer la charla, ya que los asistentes no atienden si las condiciones ambientales no son óptimas.
5. En el desarrollo de la charla es preciso tener en cuenta una serie de consideraciones técnicas. La charla ha de ser breve. Nunca debe exceder de tres cuartos de hora y lo ideal es que no sobrepase la media hora. Es preciso utilizar un lenguaje adaptado a la mentalidad y cultura de los oyentes. Es muy importante que el orador posponga la ambición de su lucimiento personal a la eficacia educadora de sus palabras. La exposición debe ser estructurada: comenzará con una introducción que despierte el interés, continuará con una serie de ideas concretas, expuestas de modo sencillo y preciso, y concluirá con un resumen final que estimule la discusión.

Como en todos los métodos directos, el mensaje transmitido debe ser informativo y motivador, es decir, debe ser un mensaje persuasivo. Además, deben darse instrucciones sobre cómo hacer pasar a la acción. Es conveniente citar experiencias y anécdotas personales durante la disertación, ya que contribuyen a amenizar la charla. También es aconsejable la utilización de ayudas audiovisuales (transparencias, diapositivas, etc.) para clarificar y fijar ideas.

Al final de la charla, hay que destinar siempre un tiempo al coloquio. Toda charla en la que sólo hable el encargado de darla es, desde el punto de vista formativo, no sólo estéril, sino también perjudicial. Cuando el oyente no puede solicitar aclaraciones o manifestar sus dudas u opiniones, se engendra un sentimiento de frustración, que puede desencadenar una actitud hostil hacia el orador y los principios que pretende inculcar.

La charla, debe ser hablada y no leída, ya que la lectura no permite el contacto con el público ni la apreciación de sus reacciones. El orador debe identificarse totalmente con su auditorio y debe mantener permanentemente su atención, lo cual no se consigue con la lectura de un texto escrito.

Es importante realizar una evaluación final de la charla. Los aspectos más importantes que hay que valorar son: características y adecuación del local, número de personas asistentes, interés y atención del auditorio, y preguntas más interesantes efectuadas por los asistentes, esto último es de especial importancia, ya que permitirá conocerá los conceptos o ideas de mayor interés para el auditorio, así como aquellos problemas o aspectos de más difícil comprensión, lo que merecerá una atención especial en charlas posteriores.

Cuando un mismo tema va a ser desarrollado por diferentes oradores, es muy importante unificar los criterios y la exposición de los conceptos. En los grupos sociales de las colectividades, existe una intensa interacción entre las personas y las ideas circulan rápidamente en su interior. Si las ideas procedentes de diferentes conferenciantes son discordantes, se produce una sensación de frustración entre los integrantes del grupo, lo cual es nefasto para la educación sanitaria.

DISCUSIÓN EN GRUPO

La discusión en grupo se establece en la reunión de pequeños grupos (12-15 personas) y la discusión entre sus miembros, moderada por un líder, con el fin de tratar un problema y lograr una solución no prefijada de antemano; al hacerse tomado por acuerdo general, es probable que la solución sea más aceptada y seguida que una decisión tomada individualmente.

La discusión en grupo está considerada como el más eficaz de los métodos de educación de grupo. El método más democrático de modificación de las actitudes y conductas de salud, ya que los educandos se enseñan a sí mismos y se convencen entre sí.

Las ideas expuestas por los miembros del grupo son sometidas a juicio y valoración, de tal forma que las ideas inconsistentes se desecha rápidamente, muchas veces por el propio expositor, el cual se da cuenta de su poco valor mientras las expone o, lo que es más frecuente, después de oír a los demás. El juego de ideas y conceptos entre los miembros del grupo mejora la comprensión del problema y hace que las nuevas conductas de salud sean aceptadas con facilidad..

Para que su eficacia, ésta técnica educativa ha de cumplir una serie de requisitos. El tema debe ser del interés de los educandos, los cuales deben conocerlo, aunque sea superficialmente, antes de iniciarse la discusión; que tengan cierto nivel de inteligencia e instrucción, así como una cierta capacidad para exponer idea y defenderlas una vez expuestas. Debe tratarse de personas predisuestas a la discusión, es decir, que no sean tímidas.

El grupo ideal es de 12 a 15 personas, para que todas ellas tengan oportunidad de intervenir en la discusión.

La discusión en grupo es el procedimiento ideal para la educación de jóvenes con problemas de salud específicos de su edad (educación sexual, enfermedades de transmisión sexual, etc.)

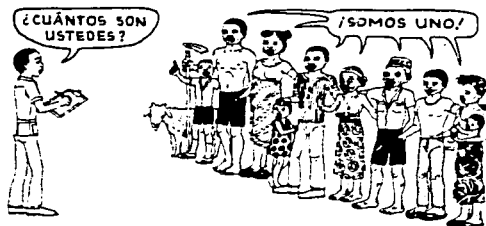
En la discusión en grupo debe existir un director o animador y un secretario o reporter. La labor del reporter consiste, simplemente, en realizar un resumen de la marcha de la discusión y un informe final con las conclusiones a las que se ha llegado. El animador, por su parte, debe reunir al grupo unos días antes, para comunicar a sus miembros el tema que va a ser objeto de discusión, con el fin de que puedan prepararse. Una vez comenzada la reunión, debe efectuar una breve introducción y exponer ordenadamente los diferentes puntos del tema que irán considerándose sucesivamente.

En la discusión en grupo como técnica de educación sanitaria, el agente educativo (enfermero, médico, trabajador social, etc.) debe adoptar el rol de animador. En este caso, además de ser un buen educador sanitario, para lo cual debe conocer y aplicar las reglas básicas de la enseñanza-aprendizaje (tener objetivos educativos claros, conocer a fondo el tema y tener una preparación adecuada para la exposición y el diagnóstico), debe ser un buen animador de grupos.

Hoy en día se acepta que, en el campo de la educación sanitaria, los medios de comunicación de masa tienen los siguientes efectos:

1. Incrementar los conocimientos de la población sobre el tema. Es decir, son útiles para informar y sensibilizar a los grupos y colectivos sobre los hábitos insanos objeto de la intervención educativa.
2. Refuerzan las actitudes previamente sostenidas, pero no sirven para cambiar las actitudes contrarias firmemente arraigadas.
3. Puede dar lugar a cambios de conducta, pero sólo cuando existe una predisposición previa a la acción de todas.⁶⁶

No es el número de letrinas construidas o los bebés que se pesan lo que define la eficacia de un promotor. Más bien es el aumento de la conciencia de la gente sobre las causas de la enfermedad y confianza en su propia capacidad para satisfacer sus necesidades. A la larga, la salud se define más por las cualidades humanas que por las cantidades físicas. La evaluación que se concentra en los números muchas veces tiende a olvidar esto.



Al hacer una evaluación, recuerde que
LA UNIDAD PUEDE SER MÁS IMPORTANTE QUE LOS NÚMEROS.

Fig. 27 Fuente: Aprendiendo a promover la salud

⁶⁶ Gil, Piedrola. Medicina Preventiva y Salud Pública, pág. 233-336

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.2 SELECCIÓN DE TÉCNICA

Las técnicas grupales son un conjunto de procedimientos para organizar y desarrollar la actividad grupal, basándose en las aportaciones de las diferentes corrientes de la dinámica de grupo.

Se dispone de una serie de técnicas para orientar la dinámica grupal hacia la consecución de los objetivos del grupo.

A la hora de seleccionar una técnica y en función de las características, de las necesidades y de las circunstancias del grupo, deben tenerse presentes una serie de factores que nos ayudarán a su elección.

Los objetivos que se desean conseguir es uno de los factores que deben considerarse, ya que en función de éstos las técnicas varían en su estructura.

La madurez del grupo es otro de los elementos de estimulación, ya que si el grupo se encuentra en la fase de formación y con poca experiencia de grupo, deben utilizarse técnicas poco complejas y bien estructuradas. El tamaño del grupo también va a condicionar la técnica seleccionada.

Las características de los integrantes, en cuanto a edad, nivel sociocultural, necesidades, intereses, motivaciones, etc., son otro factor determinante. Se han de centrar todos los esfuerzos en conseguir que la experiencia se gratificante y rica para todos los miembros..

La actitud de los miembros del grupo ante las técnicas de dinámica grupal es otro de los factores de valoración, ya que en determinados medios no son bien aceptados considerándolas una pérdida de tiempo.

La disponibilidad de recursos físicos, materiales y humanos para poder seleccionar la técnica, presentando atención al lugar donde se desarrollará, así como el material (bolígrafos, papel, etc.), o los medios necesarios (pizarra, retroproyector, etc.) y tiempo del que se dispone. Algunas técnicas requieren, para su desarrollo, la ayuda de otro profesional, por lo que en este caso deben valorarse la disponibilidad del mismo.

La propia experiencia y capacidad del dinamizados o coordinador del grupo limita la elección de la técnica. No puede olvidarse que es un método y que todas las técnicas han de ser (recreadas) por el coordinador teniendo en cuenta las circunstancias del momento. Por lo tanto, influirá en su eficacia la capacidad del propio coordinador para adaptar la técnica al "aquí y ahora", así como su habilidad para desarrollarla. En un principio, y si el dinamizados no tuviera experiencia en la utilización de técnicas de dinámica de grupo, es recomendable atender una serie de pautas para su aplicación.

Es conveniente comenzar por técnicas de fácil acomodación, es decir, técnicas cortas y bien estructuradas, de manera que su propia estructura deje poco margen para improvisar, lo cual le ayudará a adquirir paulatinamente, experiencia y seguridad en sí mismo.

Debe comenzarse con grupos reducidos y con actitud participativa, donde no existan conflictos y en el lugar que reúna las condiciones físicas que requiera la técnica que va a desarrollarse.

Al planificar la técnica debe calcularse el tiempo que se requiere para su desarrollo, con el objetivo de finalizar en la misma sesión y no tener que postergarla para la siguiente. Es recomendable que como mínimo y en función de la técnica seleccionada se disponga al menos de 2 horas.

Es muy importante que los miembros de los grupos entiendan correctamente lo que deben hacer y sus reglas, por lo que, al dar las instrucciones al grupo, se han de procurar que presten la mayor atención posible y, si fuera necesario, repetir las cuantas veces fuera preciso.

Los integrantes del grupo han de aceptar su participación en la técnica que van a desarrollar, no obligando a ninguno de ellos a participar si no lo desea.

Cuando se seleccione una técnica se ha de estar convencido de su eficacia y utilidad para el logro de los objetivos, previamente definidos. Al finalizar la técnica debe darse a conocer su nombre y suscitar un diálogo y reflexión sobre objetivos perseguidos y su consecución.

Es también recomendable no hacer interpretaciones de ningún tipo al finalizar la técnica, ya que lo que ha sucedido cabalga entre lo psicológico y lo didáctico. Las reflexiones deben orientarse hacia lo observado en el transcurso de la misma, con el objetivo propuesto y evitando hacer proyecciones.

Es conveniente, sobre todo en una primera etapa del trabajo con grupos, no utilizar ninguna técnica que no haya sido ensayada con anterioridad, con el objetivo de conocer perfectamente su estructura, dinámica, así como sus posibilidades y riesgos. Aunque el trabajo con grupos invita a la creatividad, un requisito imprescindible es la experiencia del animador para poder valorar las diferentes posibilidades de adaptación, enriquecimiento y personalización de una técnica específica.

Si es importante la experiencia del coordinador, no menos importante es el papel que desempeñe, pues debe mantener una relación técnica con los miembros del grupo y controlar su espontaneidad; la dificultad que entraña el rol del coordinador, según López -Yarto, está en "mantenerse lo suficientemente dentro del grupo para compartir sus sentimientos y actitudes básicas y a la vez lo suficientemente separado como para compartir sus sentimientos y actitudes básicas y a la vez lo suficientemente separado como para ser un cualificado observador.

Esta dificultad se vea disminuida observando las características del animador eficaz:

1. Habilidad en la conducción de reuniones.
2. Capacidad para percibir la dinámica que se está generando en el grupo.
3. Capacidad para saber cuándo h de hacer una intervención reparadora.
4. Habilidad para mantener o desarrollar un alto grado de participación en el grupo potenciando las interacciones en el mismo.
5. Capacidad para orientar al grupo hacia los objetivos. ⁶⁷



Fig. 28 Fuente: Aprendiendo a proveer la salud

⁶⁷ Frias, Antonio. Enfermería Comunitaria, pág. 263

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- **PLAN DE TRABAJO:** 6.3.1 **EL TALLER**
- **NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 15 A 20 JOVENES
- **TIEMPO SUGERIDO:** 50 A 60 MINUTOS POR SESIÓN
- **ESPACIO:** AGRADABLE, PRACTICO (MESAS, SILLAS DESMONTABLES), ILUMINACIÓN, VENTILACIÓN, SIN DISTRACTORES Y DEBE CONTAR CON PIZARRÓN.
- **SE SUGIERE PARA TRABAJAR EN LOS TEMAS:** HABILIDADES PARA VIVIR Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. TEMA: HABILIDADES PARA VIVIR (ver tema de:)

2. DEFINICIÓN O DESCRIPCIÓN: Habilidades para vivir son destrezas psicosociales que le facilitan a las personas enfrentarse con éxito a las exigencias y desafíos de la vida diaria.

Por medio del taller (ver pág. 136) el adolescente adquirirá competencias y habilidades específicas a nivel físico, psicológico, cognitivo, moral y vocacional.

3. OBJETIVO: El adolescente y adulto joven comprenderá y pondrá en práctica sus habilidades y destrezas psicosociales a través del método didáctico del taller, ya que favorece la participación, la reflexión, el análisis, la motivación y el cambio de conductas y actitudes que propiciarán estilos de vida saludables.

4. DESARROLLO: Se sugiere que haya una introducción al tema, acompañada de una técnica "rompe hielo" o de Presentación (ver anexo de técnicas). Posteriormente se desarrollara el tema, induciendo al grupo por lluvias de ideas a la participación. (Ver formato de Taller pág. 137)

5. TÉCNICA DIDÁCTICA: Dependerá del tema que se este viendo se sugiere revisar anexos de técnicas didácticas.

6. MATERIAL DIDÁCTICO: Pueden utilizarse métodos indirectos: Rotafolios, trípticos, pedir que cada participante lleve con sí mismo hojas blancas y de colores, lápices. Pueden utilizarse también medios audiovisuales.

7. EVALUACIÓN. A través de preguntas directas o cuestionarios se puede percibir la enseñanza-aprendizaje. Puede ser útil para evaluar un sociodrama con casos sugeridos por los participantes. Necesario también trabajo reflexivo en casa.

8. SUGERENCIAS. El curso del taller dependerá de la integración de los participantes a éste, es necesario poner todos nuestros recursos y confianza para que esta parte se de con naturalidad. Algunos temas como salud sexual y reproductiva es necesario concertar de 2 a 3 sesiones. Dada la confianza que puede surgir durante el taller y el grupo de edades con los que se va trabajar, es necesario dejar datos para concertar citas y aclarar posteriores dudas (consejería).

- **PLAN DE TRABAJO:** 6.3.2 LA CHARLA
- **NÚMERO DE PARTICIPANTES:** DE 12 A 15 JÓVENES
- **TIEMPO SUGERIDO:** MÁXIMO 45 MINUTOS
- **ESPACIO:** CÓMODO. AGRADABLE, CON VENTILACIÓN, SOLO ES NECESARIO LAS SILLAS, DEBE CONTAR CON EQUIPO AUDIOVISUAL.
- **SE SUGIERE PARA LOS TEMAS:** TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y ACCIDENTES Y VIOLENCIA.

1. TEMA: ACCIDENTES Y VIOLENCIA

2. DEFINICIÓN O DESCRIPCIÓN: Los accidentes y violencia son fenómenos que crecen de manera alarmante entre los jóvenes del país, a causa de mala interpretación del mundo globalizado, teniendo como consecuencia pérdida de identidad entre los jóvenes, mayor pobreza, familias desintegradas, valores y principios que se pierden de generación en generación, el acceso a sustancias nocivas, al desempleo y por supuesto la reducción al ingreso en la educación formal.

3. OBJETIVO: Los jóvenes comprenderán los factores de riesgo propios de su edad y cultura, para evitar así los accidentes. Además aprovechando el método de la charla, el adolescente y adulto joven aprenderá a canalizar su estrés y sus problemas que puedan provocar conductas no saludables, manejando mejor sus habilidades y tendrá la facultad de identificar los casos que ocurran en su familia y comunidad.

4. DESARROLLO: (ver tema de la charla) Se iniciará la charla con una introducción al tema, debe ser informativa y motivadora, generalmente no se permite la interrupción, ya que se destina un tiempo para aclarar las dudas. La charla debe ser expuesta, nunca leída ya que se perdería la atención de los asistentes y además la credibilidad como profesional. Si es necesario y el tiempo lo permite o si los asistentes lo consideran necesario, se utilizara apoyo de métodos indirectos, rotafolios, audiovisuales, etc. Además en este método si se permite hablar de las experiencias personales para que la información sea más directa y clara.

5. TÉCNICA DIDÁCTICA: Por el tiempo disponible y por ser un método más informativo y reflexivo no se recomienda técnicas didácticas.

6. MATERIAL DIDÁCTICO: Rotafolios, transparencias, diapositivas, imágenes y audiovisuales.

7. EVALUACIÓN. Se dará al intercambiar ideas o se puede realizar con preguntas directas o reflexivas.

8. SUGERENCIAS. Si no existe el espacio disponible debe posponerse la charla, es importante que el profesional conozca a fondo el tema, pero debe exagerar en su condición de demostrar que todo lo sabe, y es necesario que la información sea clara y sencilla de acuerdo a la edad de los asistentes. Puede ser necesario dejar datos donde el joven pueda recurrir en caso de otras dudas. En ocasiones no se forman los grupos con el número de asistentes solicitados y los jóvenes acuden en grupos de 3 en adelante, se sugiere no negar el espacio ya que son personas que muestran interés y si no se hace nunca regresan y no tendrán la confianza para acercarse a otro profesional de la salud. Es importante que para que tenga mayor éxito la charla quien debe programarla debe ser un grupo en común con intereses comunes.

- **PLAN DE TRABAJO:** **6.3.3 LA DISCUSIÓN EN GRUPO**

- **NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 12 A 15 PERSONAS

- **TIEMPO SUGERIDO:** 30 A 45 MINUTOS

- **ESPACIO:** PUEDE LLEVARSE A CABO EN UN AULA, O EL ESPACIO DEBE POSEER SILLAS Y MESAS, VENTILACIÓN , ILUMINACIÓN Y EQUIPO AUDIOVISUAL SI SE VA A UTILIZAR UNA PROYECCIÓN COMO PUNTO DE DEBATE.

- **SE SUGIERE PARA LOS TEMAS:** ADICCIONES, ACCIDENTES, VIOLENCIA Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.

1. TEMA: ADICCIONES

2. DEFINICIÓN O DESCRIPCIÓN: Drogadicción, farmacodependencia o adicción a sustancias, son términos que describen un estado psíquico y a veces físico que se caracteriza por cambios en la conducta y por un deseo de consumir una o varias sustancias. Los jóvenes someterán a discusión el tema de adicción, comentaran los factores de riesgo y de protección y cual sería la forma más adecuada de prevenir este tipo de problema frecuente entre los adolescentes

3. OBJETIVO: Discutir el tema de adicciones, para analizar sus consecuencias, lo que lo ocasiona y estrategias para prevenirlo, con el fin de llegar a un acuerdo común en la solución del problema.

4. DESARROLLO: El líder o profesional de la salud presentara el tema a discutir y dará inicio a él para que cada participante muestre sus ideas y exponga sus conceptos después de oír a los demás. El líder evitara que la discusión se enfrasque sin encontrar acuerdo ya que facilitaría la perdida de atención de los demás. Los demás deberán tener interés y conocer un poco del tema. Se nombrara un secretario que tomara nota de la discusión y al final comentara las conclusiones.

5. TÉCNICA DIDÁCTICA: Se recomienda la técnica de la mesa redonda.

6. MATERIAL DIDÁCTICO: Audiovisuales, si es necesario para iniciar la discusión.

7. EVALUACIÓN. Se leerán las conclusiones enfrente del grupo y en base a los resultados, se invitara al compromiso por parte de los participantes para trabajar en beneficio de los jóvenes.

8. SUGERENCIAS. Durante la técnica el moderador debe evitar las desviaciones del tema y reconocerá la participación de cada joven para fomentar ésta, evitando la timidez y que sólo unos cuantos manejen la discusión. Al final el líder o profesional de la salud como conocedor del tema dará sus propias conclusiones, su punto de vista hacia la discusión. Es importante que al termino de cada discusión el profesional dirija palabras de agradecimiento y satisfacción que alienten a próximos debates, que puedan ayudar a practicar estilos de vida saludables entre los jóvenes.

- **PLAN DE TRABAJO:** 6.3.4 LA CONSEJERÍA
- **NÚMERO DE PARTICIPANTES:** DE 1 A 2 PERSONAS
- **TIEMPO SUGERIDO:** 45 MINUTOS Y PUEDE EXTENDERSE A 60 MINUTOS
- **ESPACIO:** AGRADABLE CON ILUMINACIÓN, VENTILACIÓN, SIN DISTRACTORES Y SOBRE TODO SEA UN AMBIENTE DE CONFIANZA Y PRIVACIDAD
- **SE SUGIERE PARA LOS TEMAS:** SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, PROBLEMAS PSICOAFECTIVOS.

1. TEMA: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

2. DEFINICIÓN O DESCRIPCIÓN: Los métodos anticonceptivos son los recursos y procedimientos que se utilizan con el fin de evitar la unión del óvulo con el espermatozoide y que permiten la cópula entre la pareja sin el riesgo de embarazos.

Los adolescentes tendrán la oportunidad de conocer todo lo relacionado en la protección de infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados, lo que le ayudará a tomar una decisión respecto a su vida sexual.

3. OBJETIVO: El adolescente y adulto joven, a través de un espacio de confidencialidad, atención individualizada y personalizada buscará resolver dudas y elegir la mejor opción para disfrutar su sexualidad.

4. DESARROLLO: (ver tema de orientación-consejería).

Para iniciar un tema en consejería, el profesional debe ganar la confianza del usuario a través de la presentación y mostrando empatía. Se le permitirá hablar a quien solicita la consejería para discernir sus problemas. Se le darán todas las opciones necesarias para que el joven tome la decisión que mejor le favorezca. No debemos intervenir en esta decisión con experiencias personales. Si es necesario proporcionar una cita más o dos para comprobar su toma de decisión por resolver sus dudas o problemas.

5. TÉCNICA DIDÁCTICA: No se sugiere, salvo que el profesional sepa técnicas de relajación en caso de que el adolescente necesite intervención en crisis.

6. MATERIAL DIDÁCTICO: El profesional debe contar con maquetas, manuales y rotafolios ilustrativos con los diferentes temas, hojas blancas (si se necesita explicar algo por escrito).

7. EVALUACIÓN. Se dará un seguimiento en dos o tres cesiones y si es intervención en crisis serán cuatro cesiones o canalizarse el área de psicología., en este seguimiento permitirá al profesional de la salud evaluar el avance de la persona en su toma de decisión.

8. SUGERENCIAS. Es importante mostrar al joven confianza y seguridad en la consejería, ya que sólo así él se mostrara en disposición de colaborar para modificar sus conductas o aclarar sus dudas. El orientador nunca debe involucrarse sentimentalmente y mucho menos anteponer experiencias personales, ya que cada persona afronta de diferente manera sus conflictos.

ESTRATEGIAS PARA LOGRAR LA SALUD

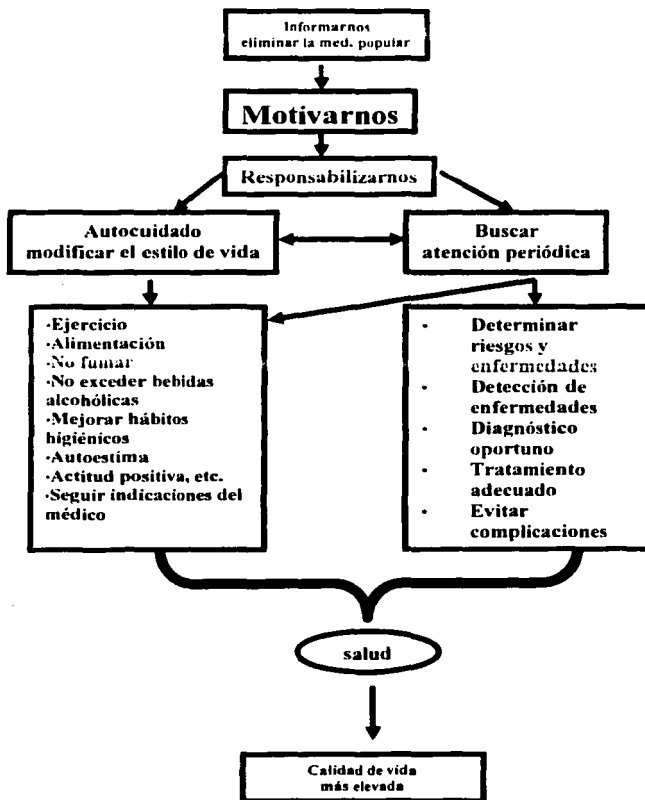


Fig. 29

Fuente: Elizondo, L., Cuidemos Nuestra Salud

CONCLUSIONES

Como idea original para la realización del Manual de Educación Para la Salud, fue la práctica que se obtuvo durante el Servicio Social, en el cual se trabajó con adolescentes y adultos jóvenes, dejando un amplio conocimiento y panorama de las necesidades que a éstos aquejan, de ahí parte la inquietud de colaborar en favorecer los estilos de vida a éstos grupos, para lo cual fue necesario basarse en los programas prioritarios de Educación para la Salud del Sistema de Orientación en Salud, de la Dirección General de Servicios Médicos y del Departamento de Programas y Servicios Preventivos, llevando Educación para la Salud a Escuelas y Facultades en Ciudad Universitaria, Planteles Metropolitanos y Población Abierta., tomando como referencia los de mayor interés para los adolescentes y jóvenes.

En la Educación para la Salud hay que tomar en cuenta la influencia de las autoridades, de los líderes, de los grupos, así como de los enfermeros, médicos, curanderos, de las madres y, en general, la presión social y de grupo.

El educador para la salud tiene un campo amplio de educación, puesto que puede participar en todos los niveles de acuerdo con las siguientes funciones generales:

1. Investigación del problema y de recursos.
2. Elaboración y difusión de normas.
3. Planeación de programas.
4. Promoción o ejecución de actividades educativas.
5. Organización y trabajo con grupos.
6. Coordinación de recursos.
7. Promoción de la orientación y movilización social en las actividades educativas.
8. Asesoría y supervisión de las actividades, particularmente de las que se encomiendan a la población.
9. Información y evaluación de acciones.

El educador debe procurar cuidar que: 1) Su aspecto sea agradable; 2) Tratar con respeto, comprensión y cortesía a todos; 3) Emplear voz clara, lenguaje sencillo y que se entienda fácilmente por el público a quien se dirige; 4) Inspirar confianza; 5) Saber estimular la participación de los educandos; 6) Tomar en cuenta la hora, el día y la duración de la entrevista o de la exposición; 7) Procurar relacionar el tema con situaciones reales.

En la práctica, todo el personal de salud debe realizar actividades educativas aprovechando el contacto que por diversas circunstancias tiene con la población y en forma especial cuando una familia o un individuo así lo requiera.

Los individuos no pueden participar activamente en el cambio de la situación, si no se le orienta para que adquiera conciencia de ella y si no se le apoya para desarrollar su capacidad para transformarla.

Es decir, el individuo como tal, necesita darse cuenta de su realidad, descubrir que es transformable y que él puede, junto con los demás, lograrlo. Esto debe ser el objetivo primordial de la educación. Crear conciencia en la población de su realidad, formar una conducta crítica y fomentar la intervención comprometida para el cambio social.

Entonces, se contribuiría con el adolescente a ubicarse y apegarse a la etapa de formación de la personalidad madura, colaborando además a definir su comienzo en términos fisiológicos y psicológicos, y su tope final en términos psicosociales, sociológicos y culturales hasta llegar al rol social de adulto.

Cabe recordar que enseñar, animar, compartir conocimientos, habilidades, experiencias e ideas son actividades importantes de la prevención y promoción para la salud, siendo esta la actividad más importante del Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

Este Manual de Educación para la Salud es un esfuerzo que va encaminado en mejorar la salud de los adolescentes y jóvenes, por lo cual no es exclusivo del profesional de Enfermería, ya que puede trabajar en él, quienes participan en el área de la salud (Psicólogos, Médicos, Trabajadores Sociales, Docentes, Líderes, etc.), siempre y cuando no interpongan intereses personales, ya que la única forma que de resultados, es con la nobleza e interesa, de quienes lo estudien.

Por lo tanto, el trabajo conjunto de las diferentes áreas, ayudarán al desarrollo del país en un futuro con "más productividad, más profesionales, más individuos sanos y más familias sanas, mejores conductas y estilos de vida saludables en la población".

"Enseñemos lo bueno y lo malo; lo permitido y lo prohibido; los límites y lo inacabable; las ventajas y desventajas; lo negro y lo blanco; lo asertivo y lo que no es".

J.P.G.C.

SUGERENCIAS

Una de las tareas importantes de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia en el trabajo con los jóvenes, es la construcción de la autoestima, ya que sólo así ellos se sentirán seguros, asertivos y enfrentarán sin problema alguno sus conflictos o dudas, con obstáculos o sin ellos.

Ya que los adolescentes, incluso los más adaptados, experimentan malestar por baja autoestima en un momento u otro; no obstante, los que padecen problemas de salud mental, desarrollan un gran malestar. Los enfermeros que trabajan con adolescentes dirigen todos sus actos hacia la construcción de su autoestima.

Los adolescentes son maestros en la lectura de los comportamientos no verbales. Los enfermeros que emplean el contacto visual, se dirigen a cada adolescente por su nombre y les escuchan con interés, consiguen que éstos se sientan aceptados y valorados. No les sermonee ni les de consejos. Los adolescentes odian los sermones. En cambio, diríjalos hacia la resolución de problemas y hacia la asunción de responsabilidades por su propia voluntad. Transmita respeto solicitando en vez de ordenando, y agradeciéndoles su ayuda. Elogie cada pequeño esfuerzo dirigido hacia el éxito y hágale notar sus progresos. Si tiene que marcar los límites, hágalo sin mostrar enfado o avergonzar al adolescente. Recuerde que el objetivo del establecimiento de límites es fomentar la responsabilidad.

Junto con estas actividades es necesario también fomentar el desarrollo de sus habilidades que le permitirá al joven el adecuado funcionamiento social para aprender a escuchar a los demás y ensayar nuevos métodos para controlar su estrés y la presión biopsicosocial de su propia etapa, lo que permitirá prevenir futuros problemas, fomentando así, la transmisión de conductas saludables y estilos de vida que sean capaces de envidiar a sus grupos de pares, familia y comunidad.

GLOSARIO

ACCIDENTE: Cualquier fenómeno o hecho traumático o morboso espontáneo que sobreviene en el individuo sano o en el curso de una enfermedad.

ADOLESCENCIA: Adolescencia se deriva de la voz latina adolescere, que significa "crecer" o desarrollarse hacia la madurez y la vida adulta, y se inicia con la pubertad. La adolescencia se puede definir como un período del ciclo vital en donde suceden cambios anatómicos y fisiológicos que se caracterizan por la maduración sexual, por cambios psicológicos que permiten la estructuración de la identidad sexual como consecuencia de la interacción de las circunstancias histórico-sociales en el que se desarrolla el individuo.

ANGUSTIA: Se llama angustia al temor intenso hacia un objeto o circunstancia no conocidos.

ANOREXIA: Es una negativa prolongada a comer por mantener el peso corporal en el mínimo. Se caracteriza por un intenso miedo a engordar y una implacable búsqueda de la delgadez.

ANSIEDAD: Implica una respuesta corporal con expresiones de disnea, palpitaciones, diaforesis, somatizaciones diversas, etc., y la advertencia consciente de lo catastrófico.

AUTOESTIMA: Es el juicio valorativo que cada persona elabora respecto de su propia persona, es la manera en como se evalúa a sí misma. Contiene las creencias respecto de lo que es uno mismo.

BULIMIA: Es la ingesta incontrolada de grandes cantidades de comida (denominada atracón), seguida de la utilización de métodos compensatorios inadecuados para prevenir la ganancia de peso (purgas y vómitos).

CONSEJERÍA: Es orientar al usuario para que tome una decisión voluntaria acerca de un tema de interés, promoviendo la privacidad, imparcialidad, confidencialidad, veracidad y respeto.

DEPRESIÓN: Es un fenómeno común y transitorio y una enfermedad peligrosa que puede derivar en actuaciones autodestructivas.

DETERMINANTES DE SALUD: So aquellas características que pueden haber en una población y que rodean el entorno de los jóvenes y que son las causas fundamentales de la salud.

DROGA: Son sustancias o agentes de origen químico o natural que provoca cambios físicos y psicológicos en el comportamiento.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Comprende los conocimientos y vivencias que determinan que las personas y los grupos humanos tomen conciencia sobre la salud y adopten conductas y hábitos favorables para la promoción y protección y restauración de la salud individual, familiar y colectiva.

ESTILOS DE VIDA: Término para indicar las tendencias inconscientes del individuo hacia la estructuración de su personalidad individual.

ESTRATEGIAS: Son programas generacionales de acción y despliegue de recursos para obtener objetivos

ESTRÉS: Es la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas.

ÉTICA: Ciencia de la moral y las obligaciones del hombre; sistema de reglas que rigen la conducta.

FACTORES DE PROTECCIÓN : Son las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan el logro de la salud integral del adolescente y sus relaciones con la calidad de vida y el desarrollo de estos como individuos y como grupo.

FACTORES DE RIESGO: Indican las características o circunstancias que produzcan un daño o resultado no deseado.

HABILIDADES PARA VIVIR: Son destrezas psicosociales que le facilitan a las personas enfrentarse con éxito a las exigencias y desafíos de la vida diaria, transformando conocimientos, actitudes y valores en habilidades, es decir saber que hacer y como hacerlo.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: Son las infecciones que se adquieren por contacto sexual y que aún no se han manifestado. Son generadas por diferentes microorganismos.

MANUAL: Es un documento que contiene en forma sistemática, información e instrucciones, necesarios para mejorar la ejecución del trabajo.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: Son los recursos y procedimientos que se utilizan con el fin de evitar la unión del óvulo con el espermatozoide, y que permiten la cópula entre pareja sin el riesgo de embarazo.

PLAN DE TRABAJO: Es un documento que permite llevar una secuencia de actividades antes planeadas para conseguir una meta.

PROCESO SALUD ENFERMEDAD: Es un proceso ecológico ya que se dan manifestaciones y la relación entre el hombre y su ambiente, esta relación puede sufrir múltiples transformaciones y modificaciones que el hombre ha realizado en su medio de forma consciente e inconsciente, no solo desde el punto de vista cultural, a través del proceso de humanización; por lo que puede definir este ambiente como físico, social y cultural.

PROMOCIÓN PARA LA SALUD: Es la suma de experiencias que influyen favorablemente en los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud individual y comunitaria.

RESILIENCIA: Se utiliza para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y son socialmente exitosos.

RESPUESTA SEXUAL HUMANA: Es la respuesta integral del organismo a un estímulo sexual afectivo que engloba modificaciones fisiológicas genitales y extragenitales.

SALUD: Es el estado de completo bienestar físico, psicológico y social y no solamente la ausencia de la enfermedad.

SEXO: Se asigna a las características anatómicas y fisiológicas de la persona.

SEXUALIDAD: Comprende los aspectos psicológicos, sociales, culturales y biológicos del ser como individuo.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN: consiste en la alteración continuada de las conductas asociadas con la ingesta de comida.

VIOLENCIA: Son todos los actos y omisiones intencionales cometidos por un integrante de la sociedad contra otros, por lo que daña la integridad biopsicosocial de la víctima.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Solís Guzmán, Carolina. Programa Académico: Guía para el Servicio Social y Opciones de Titulación, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, 4ª. Edición, México 2001.
2. Tazón Ansola, Pilar, et al. Enfermería en Ciencias Psicosociales, Editorial MASSON, España 2000, Pág. 259-260.
3. Eseverri Chaverri, Cecilio. Enfermería Hoy –Filosofía y Antropología de una Profesión, Editorial Díaz de Santos, España 1992, Pág. 10-15.
4. Frías Osuna, Antonio. Salud Pública y Educación Para la Salud, Editorial MASSON, España 2000, Pág. 3-12, 81-91.
5. Higashida Hirose, Berta. Educación Para la Salud, Editorial Interamericana, México 1993, Pág. 262-279.
6. Medina, José Luis. La Pedagogía del Cuidado: Saberes y Prácticas en la Formación Universitaria en Enfermería, Editorial Alertes, Barcelona 1998, Pág. 145-169.
7. Slaikeu, Karl A. Intervención en Crisis- Manual para Práctica e Investigación, Manual Moderno, México 1996, Pág. 113-138.
8. Pastor García, Luis Miguel, et al. Manual de Ética y Legislación en Enfermería-Bioética de Enfermería, Editorial Mosby, Madrid España 1997, Pág. 2-20.
9. Alfonso Roca, Teresa, et al, Enfermería Comunitaria, MASSON Salvat, Barcelona España 1992, Pág. 19-22.
10. Rey Clero, J. Del, Calvo Fernández, J.R., Como Cuidar la Salud, Harcourt Brace, España 1998, Pág. 300-348.
11. Frías Osuna, Antonio. Salud Pública y Educación Para la Salud, MASSON , Barcelona España 2000, Pág. 375
12. Elizondo, Leticia. Cuidemos Nuestra Salud, Editorial Limusa, México 1994, Pág. 13-17.
13. López Luna, Ma. Concepción, Salud Pública, Interamericana Mc Graw-Hill, México 1995, Pág. 1-13, 139-185.

14. Kroeger, Axel. Atención Primaria A La Salud, 2ª. Edición, Pax México, México 1995, Pág. 151-185.
15. Dulanto Gutiérrez, Enrique. El Adolescente, Asociación Mexicana de PEDIATRÍA, A.C, McGraw- Hill Interamericana, México 2000, Pág. 143-398.
16. Caja López, Carmen. Enfermería Comunitaria, MASSON-Salvat, Barcelona España 1993, Pág. 35-48.
17. Alvarez Alba, Rafael. Educación para la Salud, Manual Moderno, México 1995, Pág. 3-5, 17-30.
18. Frías Osuna, Antonio. Enfermería Comunitaria, MASSON, Barcelona España 2002, Pág. 3-12, 291-308.
19. Sánchez Moreno, Antonio Enfermería Comunitaria, Vol. 1, McGraw-Hill Interamericana, Madrid España 2002, Pág. 263-302.
20. Sánchez Moreno, Antonio Enfermería Comunitaria, Vol. 3, McGraw-Hill Interamericana, Madrid España 2002, Pág. 155-172, 265-276.
21. Frías Osuna, Antonio. Salud Pública y Educación para la Salud, MASSON, España 2002, Pág. 49-58, 339-421.
22. Madaleno, Mtilde, et al. La Salud del Adolescente y Del Joven, Organización Panamericana de la Salud O.P.S., Publicación Científica No. 552, Washington 1996, Pág. 1-155.
23. Piedrola, Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública, Editorial MASSON, 10ª. Edición, España 2001, Pág. 3-16, 841-854.
24. Vargas Domínguez, Palacios Alvarez. Educación Para la Salud, 1ª. Edición, Interamericana McGraw-Hill, México 1993. Pág. 3-6, 16-21.
25. Sánchez Rosado, Manuel. Como Cuidar su Salud, 2ª. Edición, México, 1999, Pág. 145-147.
26. Rochon Alain. Educación para la Salud, MASSON, España 1992, Pág. 5-21.
27. Sánchez Rosado, Manuel. Elementos de Salud Pública, 2ª. Edición, Méndez Editores, México 1994, Pág. 1-10, 177-199.

28. Reyes Ponce, Administración Moderna, Editorial Limusa, México 2000, Pág. 260-261
29. Alvarez Alba Rafael, Salud Pública de Medicina Preventiva, Editorial Manual Moderno, México 1991, Pág. 8-15, 41-53.
30. Calvo Bruzos Socorro, Educación Para La Salud en la Escuela, Editorial Díaz de Santos, Madrid España 1992, Pág. 1-62.
31. Antón Nardiz, Ma. Victoria, Enfermería y Atención Primaria de Salud-De Enfermeras de Médicos a Enfermeros de Comunidad-, Ediciones Díaz de Santos, S.A., México 1989, Pág.19-60.
32. Vargas, A., Palacios, V., Educación Para la Salud, Interamericana McGraw Hill, México 1993, Pág.3-6, 16-21.
33. Necesidades Esenciales en México, -Situación Actual y Perspectivas al Año 2000, Presidencia de la República, Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, Editorial Siglo XXI, México 1985, Pág. 19-56.
34. INEGI, Mujeres y Hombres en México, Comisión Nacional de la Mujer, 4ª. Edición, México 2000, Pág. 23-47.
35. Vázquez Benítez, Efraín, Medicina Reproductiva en México, 1ª. Edición, JGH Editores, México 1999, Pág. 39-57.
36. H. Gotwald, William, Holtz Golden, Sexualidad -La Experiencia Humana- Manual Moderno, México 1990, Pág. 282-303.
37. Azcárraga, Gustavo, Sexología Básica-Guía para la Educación Sexual, 3ª. Edición, Ediciones Científicas- La Prensa Médica Mexicana-, México 2001, Pág. 31-46, 244-247.
38. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia, RGIII, 14 IMSS.
39. Manual de Contenidos para el Curso básico de Orientación Sexual, Planificación Familiar para Promotores S.S.A.
40. Mantilla, L. Habilidades para Vivir.
41. Guevara, L., García E. Métodos anticonceptivos, S.O.S.
42. Vázquez, E. Medicina Reproductiva en México.

43. Goraf, A. Anticoncepción de Emergencia.
44. Mexfam, IMIFAP, GIRE. Folleto informativo sobre pastillas de emergencia.
45. Hermida, C. Manual de consulta externa.
46. Gross, Richard Psicología la Ciencia de la Mente y la Conducta 2ª Edición , Manual Moderno, México 1998.
47. Rigol Cuadra, Assunta. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. 2ª. Edición, MASSON, Barcelona España 2001, Pág. 117-144.
48. Aprendiendo a Promover la Salud. Instituto Nacional de Salud Pública.
49. Domínguez Márquez, Octavio. Calidad en Servicios de Salud, Metodología de Casos, Limusa, México 1993, Pág. 17-25.
50. Serrano González, Ma. Isabel. Educación para la Salud y Participación Comunitaria, Díaz de Santos, Madrid España 1990, Pág. 73-81.
51. Morrison Michele, Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Editorial Harcourt Brace, España 1999, Pág. 3-45, 213-285, 331-345.
52. Werner, David. Boner, Bill, Aprendiendo a promover la salud. Fundación Hesperian, 2ª Edición, México 1990, Pág. 3-114, 157-186.
53. Manual de Normas de Educación para la Salud. Subsecretaria de Salubridad, Dir. General de Educación para la Salud, México 1980.
54. Pich de Weiss, Susan, Vargas, Elvia, Yo Adolescente, IMIFAD, Editorial Planeta, 2ª reimpresión, México 2002, Pág. 107,108,113,116,118.
55. Conger, Jhon, Adolescencia Generación Presionada, Editorial Harper, Row Latinoamericana, México 1980, Pág. 7,18,36,108.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

1. www.Atlas-iap.es/cuasba/enfrase.htm.
2. www.Sidamexico.org
3. www.epi.uc.edu.ve/clinicaweb/ETS/alto%20riesgo.htm.
4. <http://members.es.tripod.de/karolita/index1.htm>.
5. icarito.tercera.cl/icarito/1999/icarito/741/pag3.htm

7 SITUACIONES DE SALUD DE LA COMUNIDAD ASIGNADA: MORBILIDAD GENERAL*
CASOS NUEVOS IDENTIFICADOS EN LA CONSULTA DE PLANTELES METROPOLITANOS, CIUDAD UNIVERSITARIA Y URGENCIAS

ENERO A SEPTIEMBRE DE 2001

FRECE	CIE 10 ^a . EDICIÓN	MOTIVOS DE LA CONSULTA	EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR			ENAPs, FESL, ENEO, ENAP Y ENA ¹			CONSULTA A ESERNA CMU			CONSULTA URGENCIAS CMU			TOTALES		
			M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
6	J00-J99	Infecciones vías respiratorias superiores	3,781	5,473	9,254	1,778	2,184	3,962	787	884	1,671	226	375	601	6,572	8,916	15,488
2	Z00-Z03	Consulta a oídos, CMD y CS	2,045	3,157	5,202	472	487	959	1,710	2,851	4,361	24	20	44	4,251	6,315	10,566
7	M00/M99	Enf. del sistema osteomuscular	1,158	1,258	2,416	356	419	775	1,085	1,212	2,227	320	385	705	2,899	3,274	6,173
8	K20-K31	Enf. del sistema digestivo	1,565	2,870	4,435	601	1,070	1,671	244	359	603	168	378	546	2,578	4,077	7,255
5	L00-L99	Enf. De la piel	853	1,054	1,707	406	559	965	1,182	1,254	2,438	83	122	205	2,324	2,989	5,313
20	K00-K14	Enf. Cav. Buc. Gland. Saliv. Max.I.T.S.							1,673	2,084	3,757	3	8	9	1,678	2,090	3,766
15	R51yG43	Cefaleas y Migrañas	1,072	2,029	3,101	409	685	1,094	47	99	146	40	141	181	1,568	2,954	4,522
17	H00-H59	Enf. Del ojo y sus anexos	689	1,048	1,737	286	357	643	353	433	786	129	122	251	1,457	1,960	3,417
9	I00-I99	Enf. Del sistema circulatorio	611	1,159	1,770	569	685	1,254	112	183	295	71	128	199	1,363	2,155	3,518
16	A09-A02	Diarrea y GEPI	818	836	1,754	240	301	541	73	76	149	134	223	357	1,265	1,536	2,801
10	A00-A07	Enf. Infecciosas y parasitarias	541	874	1,415	450	843	1,293	147	263	410	38	54	92	1,176	2,034	3,210
3	H52	Trastornos de refracción y acomodación						0	1,038	1,579	2,617	2	7	9	1,040	1,586	2,626
12	F00-F99	Trastornos mentales y comportamiento	339	722	1,061	161	337	498	299	645	944	33	129	162	832	1,833	2,665
14	R00-R99	Síntomas, signos y otros hallazgos	396	927	1,323	131	209	340	164	230	394	55	91	146	746	1,457	2,203
11	E00-E90	Tras. Endoc. Nut. Metab. e Inmunológicos	401	724	1,125	137	288	425	199	423	622	7	16	23	744	1,451	2,195
4	N00-N99	Enf. Del sistema genitourinario	328	2,836	3,162	237	1,286	1,523	142	1,881	2,023	36	211	247	741	8214	6,955
13	H80-H95	Trastornos del oído	265	490	755	154	216	372	192	184	376	47	33	80	658	925	1,583
18	B00-B09	Enfermedades exantemáticas	133	216	349	56	81	137	18	20	38	7	29	36	214	348	560
19	D37-D48	Neoplasias	33	71	104	34	50	84	28	271	299	3	8	11	98	400	498
1	S00-T98	Traumatismos	4,186	3,599	7,785	973	1,050	2,023	746	538	1,286	1,634	1,356	2,990	7,539	6,541	14,080
		Todas las demás	890	1,271	2,161	175	407	582	878	1,158	1,834	231	425	656	1,974	3,259	5,233
		Totales	19,902	30,714	50,616	7,625	11,516	19,141	10,897	16,423	27,320	3,291	4,259	7,550	41,715	62,912	104,627

FUENTE: Informes Médicos, Consulta Externa y de Urgencias, Otorrinología y Otorrinología de la Subdirección de Atención Médica en Ciudad Universitaria y Planteles Metropolitanos; Dirección de Atención Integral 2001

*Nota: La mortalidad general en la población externa e interna universitaria no existe ya que la población es flotante y no sedentaria

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS MÉDICOS.
CASOS NUEVOS IDENTIFICADOS EN CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DEL CENTRO MEDICO UNIVERSITARIO.
DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2002

ANEXO No. 2

CIE 10 ^a EDICION	MOTIVOS DE LA CONSULTA	GRUPOS ETAREOS												TOTALES		
		0 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34		35 ó +		M	F	T
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
S00-T98	Traumatismos y Accidentes	96	52	452	401	965	809	364	274	116	106	266	291	2250	1932	4191
K00-K14	Enfermedades de la Cavidad Bucal, Glandulas Salivales y Maxilares	5	6	237	363	911	1130	544	436	113	72	106	43	1916	1871	3787
Z00-Z03	Consulta a Sanos, Constancias de Salud	4	5	282	541	717	1120	214	287	76	61	71	67	1361	2081	3445
L00-L99	Enfermedades de la piel	4	10	286	417	806	1010	298	241	78	56	97	58	1508	1791	3300
J00-J99	Infecciones Vías Respiratorias Superiores	31	29	165	348	586	721	237	198	53	51	76	95	1146	1443	2589
M00-M99	Enf. del Sistema Osteomuscular	21	21	168	282	486	505	190	167	55	58	60	170	1013	1263	2276
N00-N99	Enf. Del Sistema Genitourinario	0	6	30	468	85	1212	33	250	7	61	11	95	166	2092	2258
H52	Traumatismos de Refracción y Acomodación	6	12	201	400	480	626	181	185	36	24	51	46	957	1293	2250
K20-K31	Enf. Del Sistema Digestivo	3	5	115	269	314	469	147	151	37	54	56	107	672	1185	1857
F00-F99	Trastornos De Refracción y Acomodación	1	5	70	272	261	485	99	106	21	32	23	51	475	951	1426
A00-A07	Enf. del Sistema Digestivo	5	6	62	203	202	520	98	150	34	34	42	54	443	967	1410
H00-H99	Trastornos Mentales y del Comportamiento	6	4	78	110	239	330	121	95	38	12	81	78	564	629	1193
G00-G99	Enf. Infecciosas y Parasitarias	5	2	36	79	74	146	40	44	19	20	33	80	306	374	680
E00-E99	Enf. del Ojo y sus Anexos	1	1	25	78	81	191	37	48	6	19	28	34	178	371	549
H60-H95	Enf. Del Sistema Nervioso	3	2	41	44	119	116	68	40	12	17	25	39	268	248	516
I00-I99	Tras. Endocrino Nutricionales, Metabólicos e Inmunológicos	0	0	16	59	48	91	23	28	19	13	62	90	168	281	449
D37-D48	Neoplasias	0	1	4	60	21	173	4	50	2	10	1	12	32	306	338
R00-R99	Síntomas, signos y otros hallazgos	2	7	31	64	49	48	18	11	9	1	21	8	130	162	317
V01-V98	Causas Externas de Morbilidad y Mortalidad	1	1	6	23	18	34	8	15	2	6	9	16	44	96	139
D50-D89	Enf. De la Sangre y Organos	0	2	3	32	9	46	1	20	0	3	1	8	14	110	124
O00-O99	Embarazo, Parto y Puerperio	0	0	0	12	0	34	0	10	0	2	0	1	0	59	59
Q00-Q99	Malformaciones Congénitas, Deformaciones y Anomalías	0	0	0	2	1	1	2	0	0	0	0	0	3	3	6
	Todas las demás	10	16	156	363	417	682	170	176	34	80	112	152	890	1489	2369
TOTALES:		204	183	2464	4911	6889	10891	2897	2981	769	770	1283	1585	14486	20653	35439

FUENTE DE INFORMACIÓN DGS-UMAM

**TESIS CON
FALLA LE ORIGEN**

166

CIE 10ª EDICION	MOTIVOS DE LA CONSULTA	GRUPOS ETAREOS												TOTALES		
		0 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34		35 ó +		M	F	T
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
S00-T98	Traumatismos y Accidentes	96	52	452	401	965	839	364	274	116	105	266	201	2,559	1932	4191
K00-K14	Enfermedades de la Cavidad Bucal, Glándulas Salivales y Maxilares	5	6	237	363	911	1132	544	435	113	72	106	43	1916	1871	3787
Z00-Z03.3	Consulta a Senos, Constancias de Salud	4	5	282	541	717	1120	214	287	76	61	71	67	1364	2081	3445
L00-L99	Enfermedades de la piel	4	10	286	417	806	1010	298	241	78	55	97	58	1589	1791	3380
J00-J99	Infecciones Vías Respiratorias Superiores	31	29	165	349	586	721	237	198	53	51	76	95	1146	1443	2589
M00-M69	Enf. del Sistema Osteomuscular	21	21	168	282	468	535	190	167	55	58	93	170	1013	1263	2276
N00-N99	Enf. Del Sistema Genitourinario	0	8	30	468	85	112	33	250	7	61	11	55	166	2092	2258
H52	Trastornos de Refracción y Acomodación	6	12	201	400	480	626	181	185	38	24	51	46	567	1293	2250
K20-K31	Enf. Del Sistema Digestivo	3	5	115	269	314	439	147	151	37	54	56	107	672	1185	1857
F00-F99	Trastornos De Refracción y Acomodación	1	5	70	272	261	435	99	106	21	32	23	51	475	951	1426
A00-A07	Enf. del Sistema Digestivo	5	6	62	203	202	530	98	150	34	34	42	54	443	987	1410
H00-H59	Trastornos Mentales y del Comportamiento	6	4	78	110	239	330	121	95	38	12	81	76	564	629	1193
G00-G89	Enf. Infecciosas y Parasitarias	5	2	35	79	74	139	40	44	19	20	33	80	205	374	580
E00-E90	Enf. del Ojo y sus Anexos	1	1	25	78	81	131	37	48	6	19	28	34	178	371	549
H60-H98	Enf. Del Sistema Nervioso	3	2	41	44	119	138	68	40	12	17	25	29	268	248	516
I00-I99	Tras. Endocrino Nutricionales Metabólicos e Inmunológicos	0	0	16	56	46	51	23	28	19	13	62	90	168	281	449
D37-D48	Neoplasias	0	1	4	80	21	13	4	50	2	10	1	12	32	306	338
R00-R99	Síntomas, signos y otros hallazgos	2	7	31	64	49	68	18	11	9	1	21	8	130	162	317
V01-V98	Causas Externas de Morbilidad y Mortalidad	1	1	6	23	18	34	8	15	2	6	9	16	44	95	139
D50-D89	Enf. De la Sangre y Organos	0	2	3	32	9	35	1	20	0	3	1	8	14	110	124
Q00-Q99	Embarazo, Parto y Puerperio	0	0	0	12	0	3	0	10	0	2	0	1	0	59	59
Q00-Q99	Malformaciones Congénitas, Deformaciones y Anomalías	0	0	0	2	1	1	2	0	0	0	0	0	3	3	6
TOTALES:	Todas las demás	10	16	156	363	417	632	170	176	34	60	112	152	850	1499	2369
		204	193	2464	4911	6889	10333	2897	2981	789	770	1263	1585	14486	20853	35433

FUENTE DE INFORMACIÓN DGSM-UNAM

187

DE LIS CON
FALSA DE ORIGEN

Número de orden	Causas	Clave CIE 10ª. Rev.	Defunciones	Tasa *	%
	Total	A00-Y98	7,088	31.92	100.0
1	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	**	1,028	4.83	14.5
2	Leucemia	C91-C95	588	2.65	8.3
3	Ahogamiento y sumersión accidental	W85-W74 X85-Y09, Y87.1	349	1.57	4.9
4	Agrasiones (homicidios)		298	1.33	4.2
5	Nefritis y nefrosis	N00-N19	201	0.91	2.8
6	Malformaciones congénitas del corazón	Q20-A24	192	0.86	2.7
7	Infecciones respiratorias agudas bajas	J10-J18, J20-J22	180	0.81	2.5
8	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)		140	0.63	2.0
9	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	124	0.56	1.8
10	Desnutrición calórico proteica	E40-E48	122	0.55	1.7
11	Caídas accidentales	W00-W19	107	0.48	1.5
12	Epilepsia	G40-G41	104	0.47	1.5
13	Anemia	D50-D64	102	0.46	1.4
14	Linfomas y mieloma múltiple	C81-C90	91	0.41	1.3
15	Envenenamiento accidental	X40-X49	68	0.31	1.0
16	Enfermedad cerebrovascular	I60-I69	61	0.27	0.9
17	Asma	J45-J48	44	0.20	0.6
18	Apendicitis	K35-K37	42	0.19	0.6
19	Exposición al fuego, humo y llamas	X00-X09	42	0.19	0.6
20	Diabetes mellitus	E10-E14	41	0.18	0.6
	Causas mal definidas	R00-R99	118	0.52	1.6
	Las demás		3,050	13.74	43.0

*Tasa por 100,000 habitantes

Los totales no incluyen defunciones de residentes en el extranjero

** V02-V04 (1, 9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (3-9), V19.4-V19.6, V20-V28 (3-9), V29-V79 (4,9), V80.5, V82.1, V83-V86 (03-3).

V87.0-V87.8, V89.9, Y85.0

Fuente: INEGI/SSA, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño

TESIS CON
FALSA LE ORIGIN

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES EN S.O.S.

MES: AGOSTO 2002

Motivo de Consulta	Atención Personal		Atención Telefónica		e-mail		Subtotal		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA									
Métodos Anticonceptivos	5	21	0	0	0	0	5	21	26
Anticonceptivos de Emergencia	0	2	0	1	0	0	0	3	3
Embarazo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P.B. Embarazo	0	8	0	1	0	0	0	9	0
Respuesta Sexual Humana y Ciclo Menstrual	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL									
I.T.S.	0	1	0	0	0	0	0	1	1
V.I.H. SIDA	8	6	1	0	0	0	9	6	15
I.V.U.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VÚLVO	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VAGINITIS									
TRASTORNOS PSICOAFECTIVOS									
Crisis de Angustia	3	14	0	2	0	0	3	15	18
Depresión	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ACCIDENTES Y VIOLENCIA									
Violencia de Género	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN									
Anorexia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bulimia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ADICIONES									
Consejería En	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	2	3	0	0	0	0	2	3	5
TOTAL	18	55	1	4	0	0	2	3	87

**PRINCIPALES SÍNDROMES EN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
(I.T.S.)**

ANEXO No. 5

SÍNDROME	DESCRIPCIÓN	POSIBLE I.T.S.	ACCIONES	COMPLICACIONES
SECRECIÓN URETRAL EN HOMBRES	Salida de secreción por el conducto a través del cual sale la orina y el semen. Puede ser verdosa amarillenta o blanca, este depende de las ITS. Se puede acompañar de de ardor y dolor al orinar	Gonorrea, Clamidiasis, Uretritis inespecíficas, Tricomoniasis o Candidiasis	Asistir a consulta en la que el médico seleccione el medicamento indicado. Es importante el tratamiento de la(s) pareja(s) sexual(es)	Afecta estructuras internas del Escroto (bolsas donde están los Testículos) como el Epididimo o Causar infección, estrabismo por d/e de ser uno, entre otras
SECRECIÓN VAGINAL EN MUJERES	Salida de secreción espumosa, lechosa o grumosa, con o sin mal olor (a "pesado") que proviene casi siempre del cuello uterino (en Gonorrea y/o Clamidiasis) o de las paredes vaginales (en Tricomoniasis y Vaginosis Bacteriana)	Gonorrea, Clamidiasis, Tricomoniasis, Candidiasis, Vaginosis Bacteriana o EPI	Asistir con el médico para la administración del medicamento indicado. La(s) pareja(s) sexual(es) también debe(n) ser tratada(s)	Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), infertilidad, abortos, parto prematuro, dolor crónico del bajo vientre, entre otras
SECRECIÓN ANAL EN HOMBRES Y MUJERES	Salida de secreción por el ano, con o sin mal olor, de diferentes aspectos	Gonorrea, Clamidiasis, Tricomoniasis o Candidiasis	Asistir a consulta en la que el Médico seleccione el medicamento indicado. Es importante el tratamiento de la(s) pareja(s) sexuales)	El hombre puede causar prostatitis, dolor y/o sangrado rectal, etc. En mujeres puede provocar dolor y/o sangrado rectal, dolor abdominal bajo, etc.
ULCERACIÓN EN HOMBRES Y MUJERES	En hombres y mujeres los síntomas son similares. Aparecen lesiones en la piel, labios mayores y menores, cuello uterino, ano y boca. Pueden ser dolorosas (en Chancroide) o sin dolor (en Sífilis). Se puede acompañar de inflamación ganglionar, ataque al estado general de salud (fiebre, dolor corporal, etc.)	Sífilis, Chancroide y Herpes Simple, Linfogranuloma Inguinal.	En el caso de Sífilis las úlceras pueden desaparecer por sí mismas pero esto no significa que las ITS ya no presente, por eso es necesario asistir a consulta. Las infecciones generadas por virus no tienen cura definitiva, solo se controla	La Sífilis puede llegar a producir la muerte si no se atiende, puede afectar al corazón, arteria aorta, cerebro, médula espinal, entre otros. También puede causar lesiones graves, durante el embarazo (Sífilis Prenatal o Congénita) y en los recién nacidos (deformaciones, en dientes, huesos, nariz y paladar), ceguera y sordera entre otras. El Herpes Simple puede causar complicaciones graves sobre todo en personas con VIH/SIDA
DOLOR ABDOMINAL BAJO EN MUJERES	Un dolor crónico, que apenas se siente y que aumenta en el coito y la menstruación. El médico debe descartar que se trata de obstrucción o perforación intestinal, apendicitis aguda, embarazo ectópico o aborto séptico. Este dolor es parte de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)	Es una complicación. De Gonorrea, Clamidiasis y Otras ITS	Remitir a servicio hospitalario ya que puede provocar la muerte	Infertilidad, obstrucción Tubárica, etc.
TUMORACIONES	Tumores, "bólitus" o crestas que aparecen en zonas húmedas como pene, ano, labios mayores y menores, y en otras como los glúteos, etc. Nos son dolorosas y se expanden con el "tratamiento".	Cordilomatosis o Molusco contagioso	Requiere tratamiento de médico especialista. Las tumoraciones se pueden eliminar por el método que el médico elija (electrocoagulación, crioterapia u otro).	Las tumoraciones pueden causar cáncer en cuello uterino en mujeres y en hombres del ano y pene. En personas con VIH acelerar el proceso al SIDA, como el resto de las ITS antes descritas

14

ANEXO No. 6

Requisitos de los Servicios de Salud Para Favorecer el Acceso de la Población Joven.

- Minimizar los requisitos de acceso:
 - Que no tengan que pedir cita previa.
 - Que no necesiten presentar la cartilla de la seguridad social.
 - Que no se les exija permiso de los padres y madres.

- Disponer de un horario especial para los jóvenes:
 - Compatible con su horario escolar o laboral
 - En el que no coincidan adultos

- Posibilitar distintos tipos de atención:
 - Atención telefónica.
 - Atención directa (individual, con un amigo o amiga, en pareja, en grupo)

- Realizar actividades de difusión del servicio (a veces los jóvenes no acuden porque ignoran la oferta de servicios) distribución de folletos, debates, video-forum, concursos de carteles, etc.)
 - En los centros educativos
 - En los lugares de encuentro de los jóvenes

- Realizar actividades de captación activa (dirigidas sobre todo a los grupos socialmente desfavorecidos: población no escolarizada, jóvenes inmigrantes, jóvenes desempleado, etc., los jóvenes no suelen demandar atención sanitaria a no ser que estén enfermos o presenten un problema- a modo de ejemplo: respecto a la esfera sexual es más frecuente la consulta de urgencia demandando anticoncepción poscoital que la demanda de información sexual ante el inicio de relaciones.

- Prestar atención multidisciplinaria.

ANEXO No. 7

Contenidos de Educación Para la Salud a Abordar con la Población Joven

- La Adolescencia: aspectos físicos y psicológicos
- La Salud y los Factores que la determinan
- Las Relaciones y la Autoestima
- Las Habilidades Sociales: la comunicación y la asertividad
- Ocio y Tiempo libre
- El Cuidado del cuerpo
- Alimentación Saludable
- Actividad Física y Descanso
- Educación Sexual (se incluye educación sobre el SIDA)
- Educación para el Riesgo (Prevención de Accidentes)
- Educación sobre las Drogas
- Educación para el Consumo
- Educación Ambiental
- Educación por la Paz

ANEXO No. 8

Actividades de Enfermería en la Consulta de Orientación Sexual para jóvenes

- Información y orientación sobre sexualidad (primeras relaciones, eliminación de mitos: virginidad, tamaño del pene, orgasmo simultáneo, masturbación, etc.)
- Detectar posibles problemas sexuales que requieran derivación para abordaje psicológico.
- Orientar en la elección del método anticonceptivo más adecuado a las características y circunstancias de la población joven.
- Captación para asesoramiento de las usuarias que demandan anticoncepción poscoital.
- Información sobre enfermedades de transmisión sexual/SIDA y realización ante la solicitud de la prueba de VIH.
- Entrenar estrategias para la promoción del uso correcto del preservativo.
- Medición y adiestramiento en el uso de anticonceptivos.
- Asesoramiento y diagnóstico ante solicitud de pruebas de embarazo.
- Asesoramiento y apoyo ante las demandas de interrupción voluntaria del embarazo y actividades de captación y seguimiento tras la interrupción del mismo.

FACTORES RELACIONADOS CON PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO EN LA POBLACIÓN JOVEN

Factores Sociales e Históricos	Factores Evolutivos	Factores Personales
<ul style="list-style-type: none"> • Descenso de la edad de la menarquia • Inicio más temprano de la actividad sexual • Liberalización de las costumbres • Escasa información sexual: mitos ("en la primera vez no pasa nada, si tienes relaciones con tu pareja o con personas de buen aspecto no te vas a contagiar"), las ITS/SIDA se asocian con drogadicción, homosexualidad y prostitución y no asumen que la monogamia seriada supone múltiples parejas). Contribuye a esto la falta de educación sexual y la influencia de los medios de comunicación. • Falta de accesibilidad de los centros de planificación familiar • Educación sexista que propicia: <ul style="list-style-type: none"> ➢ El modelo sexual dominante: genital y coital ➢ La doble moral que responsabiliza a la mujer de la anticoncepción a la vez que dificulta la aceptación de su sexualidad y la posibilidad de ser asertiva • Uso de alcohol/drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Inexperiencia, inquietud • Época de búsqueda de cariño y a la vez de inseguridad, labilidad emocional y timidez lo que propicia dificultades en la comunicación • Idealización de la sexualidad • Falta de percepción de los riesgos e incluso atracción por éstos • Poca proyección de futuro • Pensamiento mágico ("a mí no me pasará") • Actitud ambivalente frente al embarazo (especialmente en las chicas hay un deseo de probar su fertilidad) • Actitud negativa ante los métodos anticonceptivos: <ul style="list-style-type: none"> -Miedo a los efectos secundarios -Desconfianza de su eficacia -Pérdida de la espontaneidad y el romanticismo • Respeto al condón: <ul style="list-style-type: none"> -La idea de que disminuye o quita el placer -Las dificultades para su adquisición (son caros) -La falta de habilidad en su uso 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Vivencia/actitudes sexuales • Nivel educativo y expectativas de futuro • Grado de responsabilidad • Relación de pareja • Probabilidad percibida de embarazo y de ETS/SIDA y valoración de ello • Valoración de los métodos y de sus costes/beneficios • Asertividad o habilidad para negociar con la pareja

ANEXO No. 10

CARACTERES SEXUALES

Los caracteres sexuales han sido estudiados ampliamente por diversos autores que los han agrupado de diversas maneras; pero la clasificación más aceptada hasta la fecha es la que los divide en primarios y secundarios. Se considera primarios a aquellos que identifican al sexo a primera vista, desde el nacimiento y de manera indudable, es decir, los órganos genitales. Los secundarios son los que, sin ser exclusivos de uno u otro sexo, tienen características especiales en cada uno, de modo que permiten identificarlo sin necesidad de examinar los órganos reproductores. Estos caracteres consisten en el distinto desarrollo del organismo del hombre y de la mujer, mismo que trae como consecuencia diferencias anatómicas y funcionales. Se presentan a partir de la pubertad.

Esta distinción entre diferencias anatómicas y funcionales permite que en los caracteres sexuales se identifiquen rasgos que obligan a agruparlos, además de la clasificación previa de primarios y secundarios, en anatómicos y funcionales.

Visto lo anterior, parece razonable la clasificación que hace Marañón de los caracteres sexuales, que con algunas pequeñas modificaciones se presenta en el cuadro siguiente:

ANATÓMICOS

Primarios

Mujer

Ovarios
Trompas
Útero
Vagina
Vulva

Hombre

Testículos
Epidídimo, deferente, vesículas
seminales, próstata, pene, escroto.

Secundarios

Mamas desarrolladas
Predominio del desarrollo pelviano
sobre el escapular
Sistema locomotor poco enérgico
Mayor desarrollo de la grasa sub-
cutánea con distribución típica
Sistema piloso infantil y cabello largo
Y persistente. Distribución típica
Lanugo de desarrollo infantil

Pezones rudimentarios
Predominio del desarrollo escapular
sobre el pelviano
Sistema locomotor muy enérgico
Menor desarrollo de su grasa sub-
cutánea con distribución típica
Sistema piloso desarrollado y cabello
corto y caduco. Distribución típica
Lanugo bien desarrollada
Libido hacia la mujer
Orgasmo rápido

FUNCIONALES

Primarios

Libido hacia el hombre
Orgasmo lento y no necesario para la fecundación
Aptitud concepcional. Menstruación
Embarazo, parto, lactancia

Aptitud fecundante. Eyacuación
necesaria para la fecundación

Secundarios

Instinto maternal
Cuidado de prole
Mayor sensibilidad a los estímulos afectivos y menor disposición para la labor abstracta y creadora
Menor aptitud para la impulsión motora activa
Voz de timbre agudo

Instinto de la actuación social. Defensa y auge del hogar.
Menor sensibilidad a los estímulos afectivos y mayor capacidad para la abstracción mental y la creación
Mayor aptitud para el impulso motor
Voz de timbre grave

Las características sexuales que a partir de la pubertad distinguen al hombre de la mujer, no aparecen bruscamente ni en forma simultánea, por lo que a veces no es fácil decir en qué momento comienza la pubertad, aunque en la mujer se toma como referencia la aparición de la menstruación.

Kinsey opina que, sucesivamente, en el hombre aparecen como primeros signos el desarrollo del vello púbico, primera eyacuación, cambio de voz, rápido aumento de estatura, y algunos años después hay un nuevo incremento en esta última que completa la talla definitiva.

En la mujer, se presentan aparición del vello púbico, iniciación del desarrollo mamario, aparición de la primera menstruación y rápido aumento de estatura.

ANEXO No. 11

TÉCNICAS DIDÁCTICAS

"TEMORES Y ESPERANZAS"

Esta técnica puede utilizarse al comienzo del curso de educación para la salud, pero también puede ser aplicada ante una situación concreta de cambio o de desestabilizado del grupo.

Objetivos

1. Que cada miembro y el grupo tomen conciencia de sus motivaciones, deseos y esperanzas, así como de sus angustias y temores.
2. Expresar, compartir y confrontar los sentimientos en el ámbito grupal.
3. Conocer las necesidades e inquietudes del grupo.
4. Disminuir las angustias y temores expresados, así como las esperanzas irrealizables.

Tiempo

Sesenta minutos aproximadamente

Material

Pizarra, folios y bolígrafos.

Proceso

-El animador explica que ante nuevas situaciones, todas las personas tienen esperanzas y temores. La técnica que se va a realizar favorece la expresión de éstos.

-Se entrega a cada participante un papel y un bolígrafo, pidiéndoles que reflexionen y anoten sus esperanzas y temores, para lo que disponen de 5 minutos.

-Se forman subgrupos de 4 a 6 personas, los cuales han de elegir a un secretario para que anote las esperanzas y temores más representativos del grupo, contruidos a partir de las anotaciones individuales, para lo cual dispondrá de entre 8 a 10 minutos.

-Se construye de nuevo el grupo, en el que los secretarios de cada subgrupo expondrá las esperanzas y temores de su grupo.

-El animador o algún miembro voluntario anotará en la pizarra separadamente las esperanzas y los temores, comprobando que éstos coinciden en los diferentes subgrupos o que pueden agruparse en dos o tres.

-Lo ideal es continuar el ejercicio formando de nuevo los subgrupos y que cada uno de ellos analice (características, manifestaciones, etc.) los diferentes temores expuestos, con el objetivo de hacer desaparecer los temores infundados o reducirlos a su justa dimensión.

Igualmente sucede con las esperanzas, se eliminan las relacionadas con las fantasías y así se revelan las que realmente pueden ser cubiertas.

Una variante es pedir alternativas para vencer esos temores y para que las esperanzas se conviertan en realidad.

-Después formar nuevamente el grupo y hacer una puesta en común de lo trabajado en cada uno de los subgrupos.

-Puede darse con ello por finalizada la técnica o perfeccionarla a través de que uno de los miembros de los subgrupos personalice el temor o la esperanza trabajada en el mismo, vivenciándolo y haciendo que lo experimenten los demás participantes.

-Al finalizar la técnica se expondrán las vivencias experimentadas en cada una de las fases del proceso.

OPCIONES CONVERGENTES

Se suele realizar después de la presentación de los miembros. Se trata de una adaptación del Philips 6/6, en la que se forman subgrupos de 6 personas y en 6 minutos (uno para cada miembro) deben tratar un tema específico.

Objetivos

1. Conocer y recoger las necesidades e intereses del grupo, en cuanto a contenidos a desarrollar a lo largo del curso de educación para la salud.
2. Estimular la participación de todos y cada uno de los miembros del grupo.
3. Implicar a los participantes en la elaboración del programa del curso.

Tiempo

Una hora y 30 minutos aproximadamente

Material

Pizarrón, hojas, bolígrafos

Proceso

Los participantes se agrupan en parejas libremente. Puede entregarse a cada subgrupo una propuesta de temas a tratar en el curso, pidiéndoles que durante 15 minutos elijan los cuatro temas más interesantes para ellos y que incluyan dos temas nuevos de su interés, en caso de que no estén recogidos en el mismo. También pueden elaborar ellos mismos la propuesta sin ningún programa de apoyo, pidiéndoles que elijan cuatro temas de su interés.

Se constituye el grupo y se realiza la puesta en común de lo trabajado en parejas, anotándolo en el pizarrón.

Se forman subgrupos integrando a dos parejas, los cuales duran 15 minutos y basándose en los propuestos en el grupo eligen los cuatro temas de mayor interés.

Nuevamente se forma el grupo y se ponen en común, señalando los temas elegidos en el pizarrón.

A continuación y en el grupo general se priorizan los temas consensuando así el programa del curso.

Durante 15 minutos se realiza la evaluación, que deben contemplar cómo se han sentido los participantes en el transcurso de la misma.

Esta técnica es útil en grupos formados pro 8-12 personas. Si el número de participantes fuera de nueve u once pueden formarse tríos, a la vez que parejas en el primer tiempo de la técnica (pareja-pareja-pareja-trío o pareja-pareja-pareja-trío) y, en la segunda formación de subgrupos, se podrían tener cuatro o seis participantes o bien cinco (una pareja+un trío)

EL REGALO DE LA ALEGRÍA

Objetivos

- 1.Promover un clima de confianza personal, de valoración de las personas y de estímulo positivo en el grupo.
- 2.Dar y recibir una retroalimentación positiva en ambiente grupal.

Tiempo

Aproximadamente 5 minutos por participante.

Material

Hojas y bolígrafos

Proceso

-Se pueden formar varios subgrupos o se mantiene el grupo si no es muy numeroso. Se reparte papel y bolígrafos a los diferentes miembros de los subgrupos.

-A continuación el animador hace una pequeña introducción al tema destacando que a veces se valora más un pequeño regalo que uno grande; otras veces, centrados en querer hacer cosas grandes, dejamos de hacer pequeñas cosas pero de gran relevancia. En el ejercicio que se propone se ofrece un pequeño regalo a cada miembro del grupo.

-Si se estimula a los participantes a que escriban mensajes a cada uno de los integrantes del grupo, incluso a las personas por las que no sientan demasiada simpatía. Estos mensajes deben despertar sentimientos positivos respecto a sí mismo.

-El animador hace sugerencias en cuanto al contenido de los mensajes: concreción, como por ejemplo "me gusta cómo escuchas cuando..."; especificidad y ajuste a la persona a la que va dirigido, pues no puede ser válido para cualquiera. Deben enviarse mensajes a todos los miembros, aunque algunos casi no se conozcan, pero con el convencimiento de que van a encontrar algo positivo para expresárselo y procurar centrarse en lo observado en el grupo, en sus mejores momentos, en sus éxitos. El mensaje adoptará una forma personal ("a mí me gusta...") comunicándole lo que más te agrada de él.

-Los participantes pueden firmar los mensajes, o ser anónimos.

-Los mensajes se disponen doblados en una caja, de forma que se lean los nombres de las personas a las que van dirigidas, recogiendo cada miembro sus mensajes.

-Una vez leídos se ponen en común las vivencias experimentadas por cada participante.

INTEGRACIÓN DE UN GRUPO HOSTIL

A veces, cuando trabajamos con grupos, nos vemos obligados a enfrentarnos con algún grupo hostil. Esta respuesta del grupo puede tener diversos orígenes, como por ejemplo:

1. Que alguno de los participantes no esté muy convencido de asistir a los grupos de educación para la salud, lo que hace, por sentirse obligado, ante la invitación de algún miembro del equipo de salud.
2. Cuando el grupo encierra algún prejuicio contra el curso o contra el animador.
3. Cuando el grupo se cree autosuficiente y está convencido de que no tiene nada nuevo que aprender.
4. Cuando los participantes están saturados de reuniones, sesiones o de cursos.
5. Cuando los participantes piensan que se les va a obligar a cambiar su forma de pensar, sentir o sus comportamientos.

Ante un grupo con éstos y otros elementos negativos puede aplicarse esta técnica.

Objetivos

1. Crear en el grupo, considerado hostil, un clima positivo.
2. Integrar un grupo que pone cierta resistencia a implicarse en los ejercicios que se desarrollan.

Tiempo

Aproximadamente 60 minutos.

Material

Hojas, bolígrafos, pizarrón o cartulinas.

Proceso

-Mediante las actitudes de los integrantes del grupo, la distancia, la forma de agruparse, etc., el animador observará que se encuentra ante un grupo con cierta resistencia a realizar el curso de educación para la salud. Les solicita que formen subgrupos de tres personas, con las que estén más próximas.

-Los subgrupos deben responder a la siguiente pregunta: ¿cómo te sientes aquí?. anotándolo en una hoja, que se les ha entregado previamente. Cada uno de ellos hace un listado de sus razones y apreciaciones al respecto.

180

-Se constituye el grupo y se pone en común lo aportado por cada subgrupo, anotándolo en un folio, que se les ha entregado previamente. Cada uno de ellos hace un listado en sus razones y apreciaciones al respecto.

-Se constituye el grupo y se pone en común lo aportado por cada subgrupo, anotándolo en el pizarrón o cartulina y separando los puntos que se consideren negativos de los positivos.

-De nuevo se reúnen los subgrupos iniciales para, con la misma dinámica anterior, responder a la siguiente pregunta del animador: ¿Cómo te sientes respecto a mi presencia?.

-Nuevamente se leen las respuestas en el grupo, diferenciándose los puntos negativos de los positivos.

-Seguidamente se pasa a la tercera pregunta: ¿Cómo te sientes con respecto a la persona que los envió a este curso? Se observa la misma metodología referida. Tras poner en común las respuestas se anotan separadamente los puntos negativos de los positivos.

-Se finaliza con el análisis de cada una de las respuestas a las cuestiones planteadas. En general, los aspectos negativos predominan en las respuestas a la primera pregunta, mientras que en la segunda y tercera puede observarse un aumento de los aspectos positivos, indicio de que se está produciendo un cambio de clima en el curso, con mayores posibilidades de integración.

EJERCICIOS DE COMUNICACIÓN

En seguida, se plantean una serie de ejercicios que pueden ayudar a los/las jóvenes a desarrollar sus habilidades para comunicarse. Asimismo, se plantean algunas recomendaciones generales para su conducción.

Es importante recordar a los/las adolescentes que ser asertivos significa sostener lo que uno quiere o en lo que uno cree, y es una parte importante para la buena comunicación. Si nosotros decimos lo que queremos o sentimos y explicamos porque hemos elegido cierta decisión o acción, entonces podemos hacer lo que realmente queremos sin herir a otras personas.

MANTEN TU POSICIÓN SIN OFENDER AL OTRO

Objetivo

Generar respuestas asertivas a líneas de presión

Duración

30 Minutos

Material

Apoyo instruccional, líneas de presión, pizarrón.

Desarrollo

-El educador explica que se va a realizar un ejercicio en el que se pedirá que respondan de manera asertiva a las líneas de presión que él expondrá al grupo. Una "línea de presión" son aquellas frases que se emplean para presionar a la pareja o amigo (a) para llevar a cabo acciones que no se desean como las relaciones sexuales.

-Dividir al grupo en dos equipos, pedir que se asignen un nombre. Escribir los nombres en el pizarrón y apuntar los aciertos que obtenga cada equipo. Procurar que los equipos estén separados para que no puedan escuchar la conversación del equipo contrario.

-El educador leerá una línea de presión; dará un minuto aproximadamente para que los equipos; en caso contrario, se dará la palabra al equipo que haya levantado la mano en primer lugar.

-Si la respuesta es asertiva, a juicio del conductor o de jueces designados, se les dará un punto al equipo; en caso contrario, se dará la oportunidad de contestar al otro equipo. Continuar con esta secuencia durante el tiempo establecido, cuidando de mantener la animación entre los equipos. Dar un premio al equipo ganador (un aplauso, una porra, dulces, etc.)

-Realizar comentarios acerca de cómo se sintieron, qué observaron, qué encuentran con el ejercicio. Cerrar invitando a los adolescentes a practicar la asertividad en las relaciones interpersonales.

Ejemplos:

Muestra de líneas de presión

1. Todo el mundo lo está haciendo

2. Si me amas, debes hacer el amor conmigo.

3. Si tú no haces el amor conmigo, no me verás nunca más.

Muestra de respuestas

Bien, yo no soy todo el mundo, yo soy yo. Además no creo realmente que todo el mundo lo haga. Hay quienes no lo han hecho.

Si tú me amas, tú respetarás mis sentimientos y no me presionarás a hacer algo, hasta que yo crea que estoy lista.

Bien, si eso es lo que sientes, yo me perderé de ver a alguien que no respeta mis puntos de vista.

COMUNICACIÓN CON LA PAREJA: COMO VEO DOY

Objetivo

Analizar la comunicación con la pareja.

Duración

45 minutos

Material

Tarjetas donde se indique la situación a dramatizar.

Apoyo instruccional.

Desarrollo

-El educador explicará que se llevará a cabo un juego de roles para conocer cómo se da la comunicación en la pareja de manera positiva y negativa.

-Solicitar a dos voluntarios para que representen los papeles.

-Dar de manera individual a los voluntarios una tarjeta, según su sexo, con una situación propuesta. Pedir que se familiarice con la situación expuesta, dándoles 2 minutos para ellos.

-Conceder 5 minutos para la representación.

-De acuerdo al tiempo disponible, hacer más representaciones siguiendo el mismo procedimiento.

-Al término de cada representación, discutir con el grupo lo siguiente:

a)Cómo fue el mensaje del emisor (lenguaje verbal y no verbal, tono de voz, etc)

b)Cómo actuó el receptor.

c)Qué resultado se obtuvo de la situación particular.

-Cerrar el ejercicio comentando la relevancia de mantener una comunicación positiva y abierta con la pareja.

Ejemplo:

Situación 1

Hombre: Quieres pedirte a tu novia que hagan el amor, sin embargo al hacerlo te muestras agresivo, demandante y manipulador.

Mujer: Quieres a tu novio y piensas que lo mejor es tener relaciones sexuales después de casarte, pero tienes ganas de hacer el amor. Por otro lado te descontrola la forma como te lo pide; te ofende y te niegas.

Situación 2

Hombre: Quieres hacer el amor con tu novia, pero sabes lo que ella piensa al respecto, y se lo pides de manera dulce con cariño.

Mujer: Quieres a tu novio, y aunque piensas que sería lo mejor hacerlo después de casarte dudas hacerlo. La forma clara y abierta en que te lo pide te permite tomar una decisión.

Situación 3

Hombre: Estas con tu novia y estás a punto de hacer el amor, estás muy excitado, no hay nadie en casa, pero te das cuenta de que no tienen ningún método anticonceptivo. Sin embargo ese momento no importa y quieres alcanzar lo que tú deseas.

Mujer: Estás con tu novio y estás a punto de hacer el amor, te encuentras muy excitada y deseas hacerlo, pero te das cuenta que no tienes métodos anticonceptivos; tú te preocupas y no deseas hacerlo, y tratas de hablarlo con él, pero te sorprende su actitud de presión.

EN LA FORMA DE PEDIR ESTA LA DE DAR

Objetivo

Practicar la comunicación clara y directa con la pareja.

Duración

30 Minutos

Material

Pizarrón, gises, sección de apoyo instruccional.

Desarrollo

- El educador explicará que se va a realizar un ejercicio donde deberán cambiar el enunciado que él dirá a una forma de expresión asertiva.
- Dividir al grupo en dos equipos, pidiéndoles que se asignen un nombre. Escribir el nombre en el pizarrón donde anotará los aciertos que obtenga cada grupo.
- El educador leerá un enunciado (puede emplear el apoyo instruccional) y dará la palabra al grupo que haya levantado la mano en primer lugar.
- Si la respuesta es asertiva, de acuerdo con el coordinador o con jueces designados, se le dará un punto al grupo, en caso contrario, se le dará la oportunidad de contestar al otro equipo.
- Continuar con esta secuencia durante el tiempo previamente establecido, cuidando de mantener la animación entre los equipos. Da un premio al equipo ganador.
- Cerrar el ejercicio resaltando la importancia de la asertividad en el desarrollo de las relaciones interpersonales.

Apoyo instruccional

Ejemplo:

1. Tú nunca me llamas
2. Tú siempre llegas tarde
3. Esa es una idea estúpida

Yo deseo que tú me llames más frecuentemente.

194

PLATICAME DE TI

Objetivo: Practicar la comunicación en pareja

Duración: 30 minutos

Desarrollo

-El educador dividirá al grupo en parejas de preferencia mixtas. Les pediré que se comuniquen entre si alguna(s) anécdota(s) o experiencia(s) de la pubertad que los adolescentes creen significativa(s). Dar 10 minutos para esta actividad.

-Después que hayan platicado en parejas, formarán cuartetos, se comentarán las anécdotas de las cuatro personas y se escogerá aquellas experiencias que a juicio de los del equipo sea más significativa.

-Un representante de cada equipo comentará ante el grupo la experiencia seleccionada.

-Cerrar el ejercicio comentando con todo el grupo los siguientes aspectos:

¿Cómo se sintieron de compartir sus experiencias con sus compañeros?

¿Qué dificultad tuvieron para compartir?

¿Cuál fue la experiencia más graciosa?

¿Cuál fue la experiencia más difícil?

ACTIVIDAD EN CASA

Objetivo

Practicar la comunicación sobre sexualidad con la pareja.

Instrucciones

-Pedir a los adolescentes que comenten fuera de la sesión con su pareja o con un amigo, alguna inquietud que posean con relación a su sexualidad.

Evaluación

-Disponer en la siguiente sesión de algunos minutos para analizar.

¿Cómo se sintieron al comunicarse con su pareja o amigo(a)?

¿Qué dificultades encontraron para comunicarse?

¿Qué respuesta recibieron al comentario que hicieron?

-Se pueden tomar unos minutos adicionales para aclarar, informar y desmitificar dudas que los/las adolescentes tengan con respecto a su sexualidad.

TÉCNICAS EN LAS QUE INTERVIENE ACTIVAMENTE TODO EL GRUPO

DEBATE DIRIGIDO O DISCUSIÓN GUIADA

Es una técnica de fácil y provechosa aplicación en la escuela. Consiste en un intercambio informal de ideas e información sobre un tema, realizado por un grupo bajo de conducción estimulante y dinámica de una persona, que hace de guía e interrogador. Como se ve, tiene mucha semejanza con el desarrollo de una clase en la cual se haga participación activamente a los alumnos mediante preguntas y sugerencias estimulantes.

1. Para que haya debate y no meras respuestas formales, el tema debe ser cuestionable, pasible de diversos enfoques o interpretaciones. No cabría discutir sobre verdades de hecho, o sobre cuestiones ya demostradas con evidencia.
2. El director del debate debe hacer previamente un plan orgánico de preguntas que llevará escritas.
3. Los participantes conocen el tema con suficiente antelación como para informarse por sí mismos, y poder así intervenir con conocimientos en la discusión. El director les facilita previamente material de información para la indagación del tema. El debate no es pues, una improvisación.
4. No se trata de una técnica de comprobación del aprendizaje o de evaluación de aprovechamiento de lecciones anteriores, sino de una técnica de aprendizaje.
5. El número de miembros no suele pasar de los 12 o 13. En casos de grupos mayores, se pueden hacer subgrupos guiados por subdirectores previamente entrenados, reuniéndose finalmente todos durante unos minutos con el director para hacer el resumen general.

PHILLIPS 66

El nombre de esa técnica deriva de su creador, J. Donald Phillips del Michigan State Colage, y del hecho de que 6 personas discuten un tema durante 6 minutos. Es particularmente útil un grupo grande de más de 20 personas, y tiene como objetivos los siguientes:

1. Permite y promueve la participación activa de todos los miembros de un grupo, por grande que éste sea.
2. Obtener las opiniones de todos los miembros en un tiempo muy breve.
3. Llegar a la toma de decisiones, obtener información o puntos de vista de gran número de personas acerca de un problema o cuestión.

Además, esta técnica desarrolla la capacidad de síntesis y de concentración; ayuda a superar las inhibiciones para hablar ante otros; estimula el sentido de responsabilidad, dinámica y distribuye la actividad en grandes grupos. El objetivo principal, consiste en lograr una participación democrática en los grupos muy

numerosos. En vez de una discusión controlada por una minoría que ofrece contribuciones voluntarias mientras el tiempo lo permite, permite, la participación de todos.

CUCHICHEO

Cuchichear significa hablar en voz baja a una persona de modo que otros no se enteren. La técnica del Cuchicheo consiste en dividir a un grupo en parejas que traten en voz baja un tema o cuestión del momento. De este modo todo el grupo trabaja simultáneamente sobre un mismo asunto, en grupos mínimos de dos, y en pocos minutos puede obtenerse una opinión compartida sobre una pregunta formulada al conjunto.

Esta técnica se asemeja al Philips 66, podría decirse que es una forma reducida de él, con la diferencia de que su lugar de seis son dos los miembros que dialogan, y el tiempo se reduce a dos o tres minutos.

COMISION

Cuando un grupo numeroso decide hacer una distribución de tareas, o cuando se considera que un tema o problema requiere un estudio más detenido a cargo de personas especialmente capacitadas, se utiliza la técnica de la Comisión.

La comisión en es un grupo pequeños de tres a cinco miembros, que actúa por delegación del grupo grande. Su objetivo es debatir un tema, proyecto o problema con el objeto de elevar las conclusiones o sugerencias al grupo que la ha designado.

En otros casos tiene carácter permanente para ocuparse y proponer decisiones acerca de cuestiones de determinada índole. Los integrantes de una comisión se eligen tomando en cuenta sus dotes para tratar los problemas correspondientes. Suelen ser propuestos por el director del grupo o bien por los miembros, y aceptados o no por el grupo total. La comisión se reúne fuera del grupo total, con horario según su conveniencia, y posteriormente pasa sus conclusiones al grupo grande.

TÉCNICA DE RIESGO

La técnica de riesgo consiste en un procedimiento grupal que tiene por objeto reducir o eliminar ciertos riesgos o temores por medio de la libre manifestación de los mimos. Se trata, ante todo, de los temores inherentes a situaciones nuevas en el ámbito de las relaciones humanas, tales como podrían ser la perspectiva de solicitar un empleo, de enfrentar por primera vez la dirección de una clase, de ingresar a un club donde no se conoce a nadie, etc. En general, toda situación de cambio produce algunos temores, pero entre estos temores cabe diferenciar los que responden a hechos reales que deben afrontarse de una u otra manera, de aquellos que carecen de fundamento y responden solamente a la imaginación, a los sentimientos, a al subjetividad del implicado.

107

La Técnica del riesgo tiende a poner en claro esta diferencia, y de tal modo a eliminar los temores carentes de realidad objetiva. Actúa sobre los sentimientos que despierta una determinada situación, tratando de que los sentimientos que despierta una determinada situación, tratando de que los sentimientos inhibitorios o negativos carentes de fundamento real pueden ser eliminados.

Para reducir los temores, hay que liberar la expresión, y en esta liberación de la expresión del miedo se basa la técnica del riesgo. Si todos los componentes de un grupo tienen temores unos netamente determinados y otros vagos, cada uno de ellos puede ayudar al otro manifestando en voz alta los temores que puede localizar y comunicar. De este modo, la expresión colectiva del grupo sirve para clarificar los temores y al mismo tiempo crea una situación en la cual resulta aceptable dicha expresión pública. Cuando todos los miembros de un grupo manifiestan algún temor, ello facilita la expresión abierta de los temores más fútiles. Sobre esta base, es decir, aceptando que el ambiente de grupo favorece la manifestación de los temores, la clasificación y la posterior eliminación de muchos de ellos, se ha estructurado la Técnica de Riesgo como procedimiento grupal.

ROLE-PLAYING

(Desempeño de roles)

Corrientemente, cuando se desea que alguien comprenda lo más íntimamente posible una conducta o situación, se le pide que se ponga en el lugar de quien la vivió en realidad. Si en lugar de evocarla mentalmente se asume el rol y se revive dramáticamente la situación, la comprensión íntima resulta mucho más profunda y esclarecedora. En esto consiste el Role Playin o Desempeño de roles: representar (teatralizar) una situación típica (un caso concreto) con el objeto de que se torne real, visible, vivido, de modo que se comprenda mejor la actuación de quien o quienes deben intervenir en ella en la vida real.

El objetivo citado se logra no sólo en quienes representan los roles, sino en todo el grupo que actúa como observador participante por su compenetración en el proceso. Los actores transmiten al grupo la sensación de estar viviendo el hecho como si fuera en la realidad.

Este tipo de actuación despierta el interés, motiva la participación espontánea de los espectadores, y por su propia información mantiene la expectativa del grupo centrada en el problema que se desarrolla. La representación escénica provoca una vivencia común a todos los presentes, y después de ella es posible discutir el problema con cierto conocimiento directo generalizado, puesto que todos han participado ya sea como actores o como observadores.

La representación es libre y espontánea, sin uso de libretos ni de ensayos. Los actores representan posesionándose del rol descrito previamente, como si la situación fuera verdadera. Esto requiere por cierto alguna habilidad y madurez grupal.