UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA

DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

LA ACTIVIDAD DEL PSICOLOGO EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

REPORTE DE TRABAJO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:

ARACELI REYES GODÍNEZ

ASESOR: LIC. JUAN ANTONIO VARGAS BUSTOS
DICTAMINADORES:
LIC. JUANA OLVERA MÉNDEZ
LIC. ANGEL ENRIQUE ROJAS SERVIN

TLALNEPANTLA, MÉXICO. 2004

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

AGRADECIMIENTOS

A ti Papá

Porque eres el ejemplo que he tenido siempre presente, al luchar por alcanzar todos mis propósitos y por todo el apoyo que me haz entregado a lo largo de toda mi vida.

A ti Mamá

Por el enorme apoyo y dedicación que me haz dado en mi vida, y por las enseñanzas que me han servido para lograr gran parte de lo que ahora soy.

A ustedes Iker, Paulo e Israel

A mis hijos por ser mis pequeños más grandes tesoros y motivaciones, y por soportar las ausencias que pudieron haber sentido de mi parte. A Israel por tu apoyo y la comprensión, que a lo largo de este tiempo me hizo más fácil este logro.

A mi asesor Juan Antonio Vargas.

Por el tiempo y disposición, por la ayuda y los consejos brindados, por la amistad.

A mis asesores Juana Olvera y Enrique Rojas:

Por el tiempo y facilidades que me proporcionaron para la terminación de este trabajo.

A TODOS mis compañeros y compañeras de la carrera, por su amistad, la compañía y los momentos tan agradables que compartimos dentro y fuera de la carrera.

En especial a Paola y Sofía, por el apoyo que me brindaron en este trabajo y por su amistad tan grande e incondicional.

CONTENIDO

RESUMEN 3
AGRADECIMIENTOS 4
INTRODUCCIÓN 5
CAPITULO 1. ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA 19
1.1 HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA 21
1.2 HISTORIA DE LA PSICOLOGIA CLINICA 43
1.3 HISTORIA DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD 50
CAPITULO 2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD 57
2.1 OBJETIVOS DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD 61
2.2 LA ACTIVIDAD DEL PSICÓLOGO DENTRO DEL AREA DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD 62
2.3 NIVELES DE PREVENCIÓN EN SALUD 63
2.4 COMPORTAMIENTO Y PREVENCIÓN DE PROBLEMAS SOCIALES EN EL AMBITO DE LA SALUD 66
2.5 PROBLEMÁTICA POBLACIONAL EN MEXICO 75
CAPITULO 3. ADOLESCENCIA 82
3.1 PUBERTAD, TRANSFORMACION SEXUAL Y CORPORAL 85
3.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS 89
3.3 ADOLESCENCIA, SEXULIDAD Y PROBLEMAS SOCIALES. 96
3.3.1 FACTORES DE RIESGO E IMPLICACIONES DE EMBARAZOS NO PLANEADOS 102
3.3.2 FACTORES DE RIESGO E IMPLICACIONES DE LAS INFECCIONES POR TRANSMISIÓN SEXUAL 108
3.3.2.1 INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES 112
CAPITULO 4 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 123
4.1 CULTURA, COMPORTAMIENTO SEXUAL Y PERSPECTIVA DE GENERO 127
4.2 CULTURA DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 137
4.2.1 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS 141
4.2.2 PREVENCION DE EMBARAZOS NO PLANEADOS 145
4.2.2.1 METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA 148
4.2.3 PREVENCION DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 152
CAPITULO 5. ACTIVIDADES DESARROLLADAS 158
5.1 MEXFAM 158
5.2 PROGRAMA GENTE JOVEN 164
5.3 ACTIVIDADES REALIZADAS 168
CONCLUSIONES 174
BIBLIOGRAFÍA 181

RESUMEN

La importancia de la salud en la sexualidad humana es un tema de gran interés en nuestros días; sabemos de la problemática que radica en la falta de una cultura de la salud sexual y reproductiva, y que principalmente recae en la población más vulnerable, es decir, los jóvenes. Específicamente este trabajo se enfoca en la población adolescente, ya que podemos observar en datos estadísticos poblacionales, la significante cantidad de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual que afectan en el ámbito de la salud, debido a los abortos mal realizados (que muchas ocasiones terminan en mortalidad materno-infantil); la deficiente calidad de vida al vivir con una infección de transmisión sexual; las implicaciones individuales o sociales que tiene un embarazo no planeado; entre otras tantas problemáticas que se les derivan.

Es de suma importancia que en nuestro país, se creen programas que prevengan dichas problemáticas, ya que son insuficientes los recursos del gobierno para atender a las demandas de salud. De tal manera, en este reporte de trabajo se plantea la actividad del psicólogo dentro del programa Gente Joven de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar A. C., la cual está dirigida a la promoción de una salud sexual y reproductiva con la finalidad de contribuir a la prevención de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual en la población adolescente, lo cual se realiza mediante la promoción de comportamientos en los que pueden involucrarse y sensibilizarlos en una cultura de la salud sexual y reproductiva, esto se difunde por medio de la impartición de pláticas y talleres.

INTRODUCCION

Desde tiempos ancestrales, los seres humanos hemos caminado en diversas direcciones, que nos permitan dirigir nuestro inevitable deseo de encontrar respuestas sobre nuestra existencia, y que a lo largo de nuestra vida se manifiestan en una constante búsqueda, para permitirnos satisfacer dicha necesidad que como seres humanos nos es inherente. En gran parte, esta necesidad de comprender deriva a las necesidades de controlar, en especial cuando surgen problemas o crisis evolutivas, esto nos permite generar recursos para potencializar nuestras capacidades que obedezcan al actuar en la lucha por alcanzar un bienestar. La lucha dentro de la problemática, puede aprovecharse como una llamada de alerta, que nos induce a movernos, a llevar a cabo esfuerzos hacia una mejor forma de vida, como el motor que nos mueve a desarrollarnos y crecer dentro de la sociedad en la que nos encontramos inmersos. Otro punto importante a considerar en esta búsqueda del bienestar, es la exigencia directa o indirecta de dicha inserción, ya que a cambio de ello, se nos permite ser parte, “encajar” o adaptarnos, para poder ser aceptados como individuos participantes, activos, productivos, y modificantes, al aportar parte de nosotros y formar o tratar de formar la sociedad que necesitamos, y ser sujetos esenciales de ésta.

Dentro de esta necesidad de comprender nuestra existencia, encontramos la necesidad de comprender el comportamiento e ideología en el desarrollo de los individuos. De ello se abre el espacio a la psicología, como provenir de una necesidad en la que el ser humano le atribuye significado a su realidad, para entenderla, controlarla y encontrar sentido a su comportamiento cotidiano y en este intento, encontrar alternativas para mantener a individuos participantes dentro de la sociedad. De esta necesidad de hallarle sentido a todo lo que sucede en nuestra existencia,

incluso construimos una percepción de la realidad que transforma el dolor y el padecimiento, en algo que nos permite seguir funcionando, como prerrequisito para que en individual o colectivamente nos comportemos de una manera adecuada y saludable, adaptada y aceptada en cada contexto social.

No obstante, para lo que ahora llamamos psicología, tuvieron que plantearse gran cantidad de posturas, las cuales se han enfrentado entre otras cuestiones, ante un gran paradigma: el objeto de estudio. Un caos se pone de manifiesto en la historia de la psicología, tanto en su organización, o mejor dicho, en su desorganización, ya que se reconoce que la psicología o más bien, sus conceptualizadores nunca se han puesto seriamente de acuerdo sobre nada, desde la definición unificada de la psicología pasando por sus métodos, hasta sus teorías. Sin embargo, dentro de este caos, podemos considerar, que en si sería utópico o necio pensar que algo tan complejo como lo es la psicología, pudiera o debiera contener y justificar un orden y unificación conceptual. Por ello, puede resultar relevante e incluso esencial considerar puntos de vista innovadores, aún si éstos llegasen a quebrantar ciertas reglas metodológicas, bien puede ser un requisito para el desarrollo científico. De esto, podemos considerar el permitirnos pensar que la diversificación teórica puede resultar útil y enriquecedora, pues permite guiar la práctica a múltiples contextos socioculturales, observar problemas diferentes y considerar un mismo problema desde diversas perspectivas.

Desde toda la diversidad de posturas psicológicas, podemos considerar que la psicología es una ciencia moderna, encuadrada dentro de un contexto característico de nuestro tiempo. Como tal, no puede ser obra de unos cuantos hombres por geniales que pudieran ser, sino la apertura de todos los conocimientos que el hombre ha sido capaz de adquirir en el estudio de las manifestaciones humanas desde la religión, la magia, la filosofía y la medicina, la psicología ha podido definirse como tal. Sin embargo, para el fin de este trabajo, la definición que considero más conveniente para el presente trabajo, es plantear a la psicología como la ciencia encargada del

estudio del comportamiento de los organismos en lo individual y su interacción con el medio (Vargas, 2002), sin embargo anterior a esta consideración, transcurrieron diversos sucesos manifestados desde siglos atrás, los cuales se plantearán en el capítulo 1.

Aunque esta especialidad ha avanzado en muchos sentidos en las últimas décadas, no ha llegado aún, a un pleno desarrollo unificado ni a su identificación total -como ya se mencionó, este problema surge de la diferencia de puntos de vista-, sin embargo, para llegar a las diversas conclusiones del pensamiento contemporáneo, los sabios griegos son los primeros en manifestar que los orígenes de las cosas son débiles y pequeñas; que son lentas las adquisiciones de los conocimientos que forman la ciencia, y que sin embargo, siempre hay una tendencia manifiesta al crecimiento. Que con la teoría del "eterno llegar a ser" de Heráclito y con la concepción atómica de Demócrito citadas en Carrillo (1989) se puede alcanzar a formar hermosos sistemas.

Es así que, existen quienes consideran a la psicología como un arte y hacen poco uso del laboratorio, y se sitúan generalmente en un lado de la contienda, mientras que existen los que desconocen la importancia de un juicio subjetivo y de otros aspectos aparentemente no científicos de la práctica psicológica, se encuentran en el otro bando. Estas diferencias de orientación de los psicólogos, se deben a la amplitud de su campo, y no se limita a la controversia entre ciencia y práctica profesional.

Aún con esta controversia, el estudio de los fenómenos psicológicos, no aparece en forma de ciencia independiente, sino hasta la primera mitad del siglo XIX, existía ya todo un conjunto de ciencias, como la Ética, la Filosofía, la Política, la Economía, el Derecho, etcétera, cada una con un objeto de investigación determinado, pero no había ninguna que se preocupara por atender, de manera directa y sistemática la clase de fenómenos que estudia la psicología. Esto no quiere decir que no hubiera curiosidad o cuestionamientos acerca del comportamiento o la psique humana, lo que significa, es que como ciencia, no existía una disciplina específica, que se

interesara o preocupara exclusivamente de lo que el objeto de estudio es ahora en la psicología.

De tal forma, se encuentran consideraciones de la psicología, dentro de las investigaciones históricas de otras ciencias y pseudo ciencias, como la Filosofía, la Medicina, la Magia o la Religión. Es por ello, que las conceptualizaciones psicológicas consistan esencialmente de fenómenos vitales humanos, y por lo tanto cambiantes, que constantemente se están replanteando, deviniendo, y lo cual convierte dicho tema de estudio en algo fluido para ser captado dentro de las categorías científicas.

Por los fenómenos sociales que en la primera mitad del siglo XIX acontecieron, suscitaron y ayudaron a que la psicología delineara sus contornos de una manera mejor definida, ya que en esa época existía una crisis histórica, social y humana. La Revolución Francesa ocurrida a finales del siglo XVIII y posteriormente la Revolución Industrial, fueron suficientes, para destruir las antiguas estructuras ideológicas establecidas, como las de la religión como única con suficiente derecho a dogmatizar el conocimiento y los viejos modelos de vida; por lo cual se produjo un trastorno, un desajuste en la vida social e intelectual de las décadas posteriores, situando a los hombres de este tiempo en un estado de desorientación, de confusión, que urgía resolver. Lo anterior provocó una liberación y motivación hacia un desarrollo científico y a un intelectualismo ideológico imperante, factores que contribuyeron a colocar al hombre de tal momento histórico, en una crisis y en una movilidad para encontrar nuevas bases y nuevos caminos para el devenir de su existencia.

El sacudimiento social e ideológico producido por las revoluciones industrial y francesa, generó una gran crisis de valores y una aguda preocupación por estudiar los problemas psicológicos que obligó a orientar la atención en una búsqueda de fórmulas o procedimientos para resolverlos, y la ciencia psicológica brindó la posibilidad de obtenerlos.

Es importante hacer un señalamiento acerca de lo que la ciencia intenta proporcionarnos, teniendo así dos sentidos, uno de ampliar lo equivalente a

conocimiento y otro que estrictamente exige como requisito indispensable, que en la elaboración del conocimiento sea comprobado con un conjunto de datos que certifiquen su validez en búsqueda de la “verdad universal” y generalizada. Es así, que la ciencia se fundamenta en la evidencia empírica y como método destaca la observación segura y objetiva, así como el análisis lógico, sistemático, ordenado y metodológico.

Sin embargo, con el conflicto social que sacudió la ideología a partir de la época mencionada, trajo consigo otro tipo de dificultades que son inherentes a la evolución humana. Con la entrada del experimentalismo y con apoyo del permitido avance científico y tecnológico se construyeron o fabricaron problemas y enfermedades culturales y que en la actualidad hemos ido arrastrando.

Partimos del supuesto de que se comenzaron a diseñar e implementar programas de intervención, acerca de problemas sociales relevantes creados y estigmatizados por la misma sociedad, los cuales están vinculados a un contexto, un lugar y un tiempo determinados. De tal forma, que los problemas se conceptualizan como productos de una definición colectiva, más que de las condiciones realmente objetivas. Para Sullivan, Thomson, Wright (1980, citados en Fernández-Ríos, 1994) un problema social existe cuando un grupo de influencia es consciente de una condición social que amenaza sus valores y que puede ser remediada por la acción colectiva.

Un problema social es una situación que un considerable número de personas juzgan desagradable o desfavorable y que según ellas existe en su sociedad (Zenden, 1989 citado en Fernández-Ríos, 1994). Por lo tanto, en un fenómeno social o individual determinado, la gente tiene la oportunidad de atribuirle un carácter problemático, y por extraordinario o negativo que pudiera parecernos, no constituye por si mismo un problema, es decir, no contiene en si mismo un valor inherente determinado como pudiera considerarse, solamente y de manera estricta que lo estigmaticemos como tal.

De tal manera, desde esta aproximación constructivista, podemos considerar cual es el papel de la psicología dentro de la solución de lo que se puede denominar interés público a los problemas psicológicos individuales y colectivos. Y de interés público podemos hacer énfasis en una ideología de la prevención de un problema de individuos, pero que por la gran manifestación de casos, se convierte en un problema social, y que se conceptualiza como tal, un ejemplo de ello es el prevenir los embarazos no planeados y las infecciones de transmisión sexual.

La construcción de la problemática social, tiene lugar también en el conocimiento que se genera para tratar de solucionarla. La etiología de este conocimiento y de todo el conocimiento en sí, se ocupa del análisis de la construcción lo más objetiva posible de la realidad, sin embargo, es creada por el subjetivismo de lo humano por la comunidad científica. Aun así, cuando se legitimiza un fenómeno con una cierta connotación por consenso científico, se configura un universo simbólico y entra a formar parte del lenguaje cotidiano, y se transforma en real, ya que tiene consecuencias reales.

Dentro de un continuo proceso de construcción y reconstrucción del conocimiento de la realidad, en donde surgen las teorías del aprendizaje, de la personalidad, del comportamiento, etc., y tienden a autoperpetuarse a través del lenguaje, de los métodos de investigación, de las publicaciones, etc., se suele conducir a una serie de escuelas que se pueden considerar como una especie de fraccionamiento teórico, en cuanto a las posturas psicológicas se refiere. Y esto pudiera ser motivo de que en la psicología se necesita de un gran número de “comunidades del lenguaje” (Koch, 1964 citado en Fernández-Ríos, 1994). Lo cual es necesario aceptar y justificarlo, pues los exponentes de teorías o paradigmas diferentes, hablan entre sí, idiomas diferentes, lenguajes que expresan diferentes compromisos cognoscitivos, enraizados a mundos diferentes.

Un buen ejemplo de dichas diferencias, son los teóricos del modelo de aprendizaje social que se han centrado en el comportamiento manifiesto y

lo toman como el objeto de evaluación y tratamiento clínico, consideran que se ha prestado poca atención a la función que desempeñan los procesos cognoscitivos o simbólicos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta.

A nivel teórico, algunos psicólogos han aceptado desde hace largo tiempo la idea de que toda conducta es producto de un conjunto de factores circunstanciales y personales, lo que puede ser influenciado por sus valores, actitudes, normas sociales, necesidades, rasgos e intereses. De esta manera, se construye su ideología, por medio de la percepción particular de su vida como actores conscientes y reflexivos en un mundo estructurado y significativo. De alguna forma, la ideología representa un conjunto de coherencia relativa de representaciones, valores y creencias; puede ser también una forma comprometida de afrontar cuestiones importantes para el individuo y la comunidad, estableciendo una valoración de cómo debería comportarse ante la realidad que percibe, con una priorización de las necesidades.

Partiendo de la afirmación de que el ser humano tiene la capacidad de ser consciente y reflexivo acerca de su realidad, pudiéramos permitirnos el cuestionar la racionalidad de su pensamiento y comportamiento, en la que los individuos deben adoptar decisiones personales supuestamente racionales. Un exponente claro de este énfasis en la racionalidad es la “teoría de la acción razonada” de Azjen (1988, citado en Jay, 1988), que se fundamenta sobre la suposición de que los seres humanos somos racionales y hacemos uso sistemático de la información que tenemos disponible, admitiendo que consideramos las implicaciones se nuestras acciones antes de decidir implicarnos o no en una conducta.

Sin embargo, el hombre racional puro al que se refiere este autor, habría que designarlo como una ilusión. Lo irracional se puede observar en la mayor parte del comportamiento humano. Ellis (1981, citado en Jay, 1988) manifiesta que cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes al bienestar y autodestructivas,

e interfieren de forma importante en la supervivencia y felicidad del organismo. Pudiera decirse, que la razón deja de guiar al comportamiento individual y colectivo. El control del comportamiento parece deberse a la confluencia de factores situacionales, aleatorios y otras variables sobre las cuales el sujeto tiene poco que hacer. En algunas situaciones parece existir una creencia irracional sobre la omnipotencia de la razón. De esta manera, se considera que las personas en su vida cotidiana no suelen prevenir el comportarse de acuerdo a la probabilidad imaginativa, de padecer una enfermedad o un problema. Las personas pueden conocer lo que deberían realizar para no enfermar o simplemente para mejorar o mantener su salud, pero construyen en su aprendizaje, una serie de justificaciones que lo limitan para un mejor estado físico y psicológico.

La aportación anterior pudiera parecer algo desesperanzador para los programas de prevención, sin embargo, es necesario suponer que cabe la posibilidad de implementar estrategias, que permitan mediante la promoción comportamental, una sensibilización y una motivación adecuada al contexto situacional de cada comunidad, a las que nos dirigiremos para conscientizarlos y darles alternativas de comportamiento, por la necesidad tanto a nivel individual, como a nivel social de prevenir problemas que en un futuro pudiesen afectarnos de una manera perjudicial en nuestra salud.

La psicología de la salud como una buena alternativa que específicamente se ha enfocado en atender el creciente interés por la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, se ha ido desarrollando con una serie de premisas en donde se trata de utilizar el conocimiento y la tecnología de la psicología para realzar la responsabilidad individual y comunitaria para la prevención de la enfermedad y protección y promoción de la salud y calidad de vida.

A diferencia de que en el campo clínico terapéutico, el énfasis ha estado en términos generales sobre algún tipo de terapia aplicada individual, la psicología de la salud ha podido abordar eficientemente gran cantidad de problemas de salud de demanda poblacional, y que por las proporciones de

los problemas comportamentales que afectan directamente en el mundo actual, y en especial en el ámbito de la salud, se ha considerado como una muy buena herramienta.

Como todos sabemos, la salud es el principal patrimonio del ser humano, es más valiosa que cualquier otra pertenencia; es un derecho tan importante como la libertad, la armonía física, psicológica y social. La salud es variable, por eso requiere ser protegida y fomentada. En esto radica la importancia de la labor en el campo de la psicología de la salud, que está dirigida a fomentar y preservar, a intervenir y prevenir, la incidencia de problemáticas relacionadas con la salud de los seres humanos, para ello, es necesario enfocarse mas cercanamente a la raíz de la causalidad, esta se aproxima al comportamiento, el cual provoca dificultades para sobrellevar la salud, por lo tanto, el presente trabajo, se enfoca en un ámbito conflictivo de la sexualidad y la reproducción humana.

Al hablar de prevención y promoción comportamental en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, es necesario considerar que la prevención a través de una inmunización biológica todavía no ha podido ser posible, -esto estrictamente refiriéndome a la cuestión de infecciones de transmisión sexual- por ello se admite el sitio a los programas de prevención comportamental, tanto para embarazos no planeados, como para las infecciones de transmisión sexual. Aunque se sabe de la existencia de la metodología anticonceptiva y de barrera, esto no es suficiente para la iniciativa de su utilización, en gran parte es debido a una falta de cultura en prevención, y aunada a una educación sexual basada en prejuicios y mitos, es difícil que muchos adolescentes la consideren como una opción.

Dicha dificultad, surge de la necesidad de plantear una visión particular en la descripción de la actividad del psicólogo inserto en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en la población joven, como facilitador preventivo de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, en beneficio de la problemática poblacional en México.

La sensibilización y conciencia de la salud sexual y reproductiva, se enfoca al individuo y a la comunidad como punto central para la atención de todos los servicios de salud, hace énfasis en lo que mujeres y hombres pueden comprender, observar e intervenir en sí mismos (Aguilar, 1998) como seres manipulables hacia su propia salud. De esta manera, es posible relacionar la psicología de la salud con la conciencia de la salud sexual y reproductiva, de tal manera, que pueda crearse una cultura en este ámbito.

La salud sexual y reproductiva es un campo muy amplio que comprende servicios de información, planificación familiar, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, el cuidado prenatal, el embarazo y el post-parto, el apoyo a la lactancia y muchos otros aspectos que afectan la salud del hombre y la mujer (Aguilar, 1998). El presente reporte sólo se enfocará en un nivel preventivo específicamente para las infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados, esto a razón de que es la población más afectada, y en la cual mi actividad en la institución esta enfocada a los adolescentes.

Por circunstancias culturales, los adolescentes son los millones de personas olvidadas en la sociedad en general, por ello se les considera como una población vulnerable y que además se le suman las cuestiones definidas en su etapa, como lo es la iniciación de la actividad sexual en pareja. Por lo tanto, habría que hacer una consideración de lo que en verdad hace vulnerable a una persona o comunidad. Por ejemplo Díaz (1994) menciona que un individuo o grupo son vulnerables cuando coinciden con un conjunto de factores de riesgo, que aumentan la probabilidad de que los sujetos lleguen a presentar un conflicto.

Es de suma importancia considerar el lado poco funcional de vulnerabilizar a los sujetos, ya que las personas, al involucrarse y quererse apropiar de dicho papel, los limita en el proveerse -en un sentido básico- de seguridad, confianza y control sobre si mismos, que en su ambiente es necesario para poder sobrevivir. Por otra parte, reflexionando por el lado funcional, el vulnerabilizar a las personas, puede servirnos para alertarlos y de que por

las características de su propia situación, no tienden a pensar en sus propias probabilidades de experimentar problemáticas, en este caso de salud.

Lo anterior, puede ponerlos en procesos de negación defensiva, por la excesiva confianza en la experiencia pasada para prejuzgar el futuro, lo que los lleva a irracionalizar sus riesgos o simplemente no visualizarlos. En específico, en la etapa adolescente, una característica muy común, es el sentirse inmunizado a la vulnerabilidad de los conflictos y en especial de la salud. De tal forma, que sólo pueden esperar que a otros les pase el que se lesionen, se enfermen, se embaracen, entre otras.

Por lo tanto, la utilidad de vulnerabilizar a los adolescentes, con referente al riesgo que por las características psicológicas que en esa etapa de su vida le son inherentes, y que incrementan el nivel de riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados, es de significativa importancia tomarlo en cuenta, para el diseño de programas preventivos y de promoción de la salud.

Al plantear sus factores de riesgo a la población adolescente, es posible intervenir de forma activa sobre ellos y hacérselos conciente, de tal manera, que puedan sentir la “falsa inmunización” que pudieran haber percibido en sí mismos.

Lo anterior requiere de atención a nivel preventivo, pero desafortunadamente, es común dejarse llevar por la idea de crear programas meramente de intervención, en aspectos problemáticos que se salen fuera de las manos de quienes están a cargo. Por ello, la educación para la prevención y el fomento del bienestar social de la salud sexual, coexisten en un conjunto de propuestas que reflejan el estado de las negociaciones entre los programas de educación formal, las instituciones de salud y planificación familiar, las organizaciones no gubernamentales y los movimientos contestatarios.

Esta preocupación del bienestar social en parte surge del peligro por un desmedido crecimiento demográfico y la insuficiente atención a las

demandas de salud: por los cuidados prenatales y postnatales, por complicaciones de embarazos en edad temprana o las complicaciones de los embarazos interrumpidos bajo condiciones insalubres, por la insuficiencia en los tratamientos de enfermedades sexuales y de infecciones de transmisión sexual, se manifestó la necesidad de poner más atención a los programas de educación sexual en la población.

Es por ello, que la educación sexual es un recurso emergente para contrarrestar la falta de información, los prejuicios existentes, las confusiones en la planeación de vida y en la toma de decisiones de los adolescentes, pese a los miedos de algunos, de que los adolescentes por su demanda de respuestas, pudieran asumir su sexualidad y que la vivan con autodeterminación y libertad.

A pesar de que el número de jóvenes que necesitan información y servicios es enorme, en cierta medida los servicios son escasos, están fragmentados o no existen en algunos contextos, por ello, este trabajo justifica la importancia que tiene el surgimiento de un programa en prevención de salud sexual y reproductiva, dirigido a poblaciones de adolescentes en contextos sociales bien definidos y específicos, y que está coordinado por servidores de salud como lo es el psicólogo.

Las actividades del programa llamado Gente Joven, son uno de los objetivos principales de MEXFAM A. C. (Fundación Mexicana para la Planeación Familiar), aquí están descritas con la finalidad de manifestar las necesidades y los derechos sexuales y reproductivos de la sociedad en general, incluidos aquí los jóvenes, con el fin de permitirles dirigir su vida sexual y reproductiva de manera libre, responsable e informada. De tal manera, que los adolescentes sepan el derecho que tienen a disfrutar de su sexualidad de una manera sana, satisfactoria y equitativa.

El manejo de este programa, se enfoca a prevenir de manera integral y específica, adecuada a la problemática poblacional demográfica y de salud en la población adolescente, de entre las herramientas de las que se vale el programa son la promoción de la metodología anticonceptiva, sexo seguro,

sexo protegido, erotismo, autoestima, equidad de género que tiene que ver con la reconstrucción de la feminidad y masculinidad, información acerca de las implicaciones del embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual, violencia.

La propuesta de Gente Joven es no inculcar prejuicios y prohibiciones, que ocasionan culpas y miedos, impidiendo el completo desarrollo de las potencialidades conductuales del ser humano. Sino por el contrario, brindar opciones de nuevas conductas para que los individuos sean capaces de replantear y dirigir su salud hacia el bienestar de una manera equitativa dentro de su situación social.

Por lo mencionado anteriormente, el objetivo del presente reporte de trabajo es describir la actividad del psicólogo dentro del campo de la psicología de la salud en un programa dirigido a la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos adolescentes no planeados mediante una educación en salud sexual y reproductiva en la población joven, enfatizando y promoviendo los comportamientos saludables, todo ello acoplado al contexto situacional de poblaciones específicas.

En el capítulo 1 se describen los antecedentes de la psicología, relacionándose e incluyéndose entre si con los antecedentes de la psicología clínica y la psicología de la salud, realizando una revisión por diferentes autores involucrados en la descripción de tales temas.

En el capítulo 2, de una manera amplia, se intenta identificar los conceptos, los objetivos y la intervención de la psicología de la salud en la comunidad, dando pauta para adentrarnos en el ámbito de la prevención de las problemáticas de la salud a beneficio de la sociedad, además de la mención de datos poblacionales que nos ayudan a visualizar de una mejor manera el grado de la problemática poblacional con referente a este tema.

En el capítulo 3, se hace mención a los conceptos referentes a la salud, a la salud sexual, y a la salud reproductiva, por otra parte, se manifiesta una discusión acerca de la cultura sexual dentro de nuestro país y nuestra cultura, de manera que este subtema tiene que ver en parte con una revisión

del machismo, el género y la violencia, además, de realizarse una descripción de los derechos sexuales y reproductivos manifestados en el Cairo en 1994, de acuerdo con la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, los cuales facilitan la creación de cultura de la salud sexual y reproductiva descrita en este capítulo.

El capítulo 4, debido a que esta revisión está enfocada a la población adolescente, se trata acerca del desarrollo psicológico y sexual de esta etapa, y a la problemática y riesgos que debido a las características de la misma son facilitadoras, para que sean mas susceptibles a adquirir una infección de transmisión sexual o un embarazo no planeado, sin una adecuada orientación.

En el capítulo 5, se plantea una alternativa de educación sexual, mediante el programa Gente Joven de MEXFAM A. C., el cual esta creado para fomentar una cultura de la salud sexual y reproductiva, en el que el psicólogo puede intervenir con la promoción de comportamientos para que en nivel preventivo se disminuyan algunas problemáticas sociales. Se describen las actividades realizadas en dicho propósito. Con este capítulo se considera cumplido el objetivo inicialmente planteado.

Finalmente, se concluye con una visión muy particular acerca de lo que me significa el trabajo realizado, y las consideraciones que desde mi punto de vista, habría que tomar en cuenta en trabajos similares al presente.

CAPITULO 1. ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGIA

Aun cuando el estudio de los fenómenos humanos se pierde en la subjetividad del tiempo y de la misma perspectiva humana, más allá de las manifestaciones culturales que tenemos noticias y solo visto y analizado desde algunas perspectivas, y puntos de vista de lo que percibimos y consideramos como real, la condición del hombre como ser social e individual, ha intentado marcar de algún modo útil su paso por la vida. Es de su existencia dejar como legado, una historia narrada lo más objetivamente posible, con el fin de hacer un esfuerzo en el intentar comprenderla y aprovechar la experiencia manifestada para el presente y el futuro.

La historia de la psicología, como cualquier otra disciplina, no está exenta de contradicciones, así, podemos encontrar historias para justificar los vicios de siempre, acomodando la historia a conveniencia, por intereses personales de quienes la escriben y para quienes la escriben. Aunque la historia intente objetivizar y buscar la realidad de los hechos, siempre va a quedar plasmada e influida por la ideología y las patologías que el historiador traiga desde sí mismo, plasmando y decidiendo sobre los lectores, solo lo que él piensa que es importante que lean y conozcan, y limitándose a que vean sólo un lado minúsculo de la realidad. Además, aquí surge otro problema acerca de hacer historia de la psicología, ya que existe una circunstancia, con el hecho de que la mediación entre la realidad y lo que se le enseña a otro, es el historiador, es una cuestión de dogmatización y que atrofia la realidad, estandarizando a manera conveniente, para crear un sentimiento de sumisión o de activismo, en quien se envuelve dentro de esta historia acomodada.

Sin embargo, en el presente trabajo se intenta dar una narración personal de la versión de algunos autores que han intentado narrar una parte de la historia de la psicología. Tendríamos que preguntarnos ¿para que historiar la psicología?: la respuesta a esta pregunta va dirigida hacia ubicar al psicólogo dentro de un origen

con un contexto determinado, el cual ha pasado por un desarrollo y un proceso que es útil analizar, para poder comprender lo que el psicólogo está viviendo en la actualidad y el porqué de ello.

A través de la historia, hemos podido ver cambios en las culturas, en sus ideologías, costumbres, prácticas, mitos, etc., que en cada época han eliminado gran parte la riqueza de las culturas, surgido a consecuencia del inevitable proceso de desarrollo, y de la influencia y/o sometimiento de otras culturas o individuos sobre las nuestras. Esto ha arrojado a la psicología, en parte, su razón de existir, y su subsistencia, es de los fenómenos comportamentales de los individuos en sociedad, que la psicología se nutre, esto no quiere decir que la psicología sea solamente eso, pero en gran parte aquí, tiene razón de ser, y aunque cada postura psicológica tiene su objeto de estudio, y sus métodos, es indudable que los fenómenos sociales son parte importante de análisis por parte de la psicología. Es por eso que la historia interesa a la psicología, ya que de ella puede tomar herramientas para analizar y responder a los cuestionamientos que surgen de las necesidades de comprender, y así solucionar las patologías que van surgiendo a través del tiempo en cada contexto de nuestra sociedad. Es importante tomar en cuenta que estas nuevas patologías se van mezclando con lo comportamental, lo psicosomático, lo emocional, o lo orgánico, entremezclado con aspectos culturales: las fronteras de lo específico se cruzan.

Existe cierta dificultad para establecer un criterio histórico, que delimite con exactitud donde termina la historia de la psicología especulativa y donde comienza la psicología como ciencia independiente, pudiera considerase que fue a partir de inicios del siglo XIX, que por los sucesos históricos manifestados en esa época, se dieron las condiciones necesarias para que la psicología pudiese considerarse ciencia y además independiente.

Es indudable que en la profesión, la historia de la psicología aporta cuestiones indispensables para nosotros los psicólogos, como lo es el criterio humano y consciente, que nos ayuda a enfrentar el ejercicio profesional, nos da herramientas que nos facilita la interpretación en el análisis de los problemas a los que nos enfrentamos, nos ayuda a ubicar al otro en su contexto; además de

ayudarnos a comprender bajo que circunstancias han surgido las posturas y las teorías de todos los autores y formadores de la psicología, y así tomar decisiones acerca de las aportaciones que podemos aprovechar y las que ya no nos son útiles.

1.1 HISTORIA DE LA PSICOLOGIA

A pesar de ser una disciplina relativamente joven, la historia del surgimiento de la psicología es extensa, pues abarca diferentes períodos y personajes, por lo que a continuación se presenta una breve reseña, destacando acontecimientos relacionados con la búsqueda de una psicología como ciencia que busca explicar el comportamiento humano.

Para llegar a las diversas consideraciones de lo que la psicología es en la actualidad, tuvieron que transcurrir diversos sucesos los cuales vienen desde siglos atrás. Dichos orígenes se pueden ubicar dentro de cuatro grandes tradiciones de investigación acerca de la naturaleza del hombre: la magia, la religión, la filosofía y la medicina. Para fines prácticos en el presente trabajo, la consideración de la psicología más acorde a éste, es definiéndola como la ciencia encargada del estudio del comportamiento de los organismos en individual y su interacción con el medio (Vargas, 2002). A continuación se describen algunos de los sucesos más importantes en el surgimiento de esta disciplina.

Harrsch (1997) menciona que en sus orígenes la concepción de la psicología, se valió de los principios del pensamiento sobre los que se funda la magia y que posteriormente, con el surgimiento del método científico, los conceptos y explicaciones sobre el comportamiento humano, se fueron depurando por medio de la argumentación, la discusión y el cuestionamiento. Cabe mencionar que en la actualidad hay psicólogos que consideran que la psicología es un arte, para otros es una ciencia, una disciplina, o una profesión, y hay quien opina que es una mezcla de todas las anteriores.

Para Brett (1963) la historia del surgimiento de la psicología se inició con los primitivos cosmólogos griegos, pues su importancia estribó en que éstos se liberaron de las tradiciones religiosas aceptadas y produjeron lo que consideraron

como mejores explicaciones acerca del origen y la sustancia del mundo; su contribución al surgimiento de la ciencia fue el espíritu especulativo y el amor a la argumentación.

Las explicaciones primitivas atribuían las perturbaciones mentales a agentes sobrenaturales. Los grupos humanos primitivos pensaban que los individuos que actuaban en forma extraña, eran poseídos por espíritus o demonios y el tratamiento consistía, con frecuencia, en distintas clases de exorcismo. En Grecia, antes de Hipócrates, estas convicciones seguían presentes con ciertas variantes; el comportamiento enfermo se atribuía a la influencia de algún dios. La locura profética tenía como dios patrocinador a Apolo, la locura ritual se atribuía a Dionisio, la locura poética era inspirada por Musas y la locura erótica provenía de Afrodita y de Eros. Incluso en las culturas primitivas que practicaban el monoteísmo, Dios podía originar problemas de comportamiento.

Mientras dominó la idea de que las perturbaciones mentales tenían origen divino, la filosofía y la religión, tenían la obligación de ocuparse de ellas. La explicación demoníaca o celestial era todavía muy fuerte en el siglo IV a. C. Las concepciones primitivas sobre la naturaleza del hombre, que emanan de los pensadores griegos de esta época, suelen denominarse dualistas, por considerar al hombre formado por materia y espíritu; concebían el alma y el cuerpo como dos cosas diferentes en sustancia, pero en permanente interacción, es decir, apuntan la existencia de un cuerpo físico y un espectro o alma separable. Un ejemplo de ello, son las supersticiones en la noción de la trasmigración de las almas y la inexistencia de una relación orgánica entre el alma y el cuerpo. Este dualismo surge de la creencia en la vida futura y la doctrina mística se convierte en la base de la psicología que admite la existencia de otra vida, sea que se obtenga por la trasmigración o por la resurrección (Brett, 1963).

El médico griego Hipócrates comenzó a afirmar que las aberraciones de la conducta se debían a causas y procesos naturales. Desde Hipócrates hasta la caída de Roma en 476, la medicina y sus complicados modelos fueron los que dominaron el ambiente para explicar las enfermedades mentales. Les preocupaba el origen de las cosas; algunos filósofos la atribuían a los elementos de la

Naturaleza: agua, tierra, aire y fuego; otros al movimiento o al número y otros reducían todo a la mente. Se ve en este conjunto de concepciones una tentativa de conciliar el dualismo mente-cuerpo tradicional, con un monismo basado en la idea de que la mente se halla en los cimientos de todas las cosas, constituyendo la integridad de la naturaleza un todo armónico.

Entre los primeros filósofos griegos (siglo VI al IV a.C.), cuyos pensamientos aún se hallan implicados en la psicología moderna, sobresalieron Parménides (nacido en 519 a.C. aproximadamente), con su teoría sobre la cualidad de permanencia y de afinidad al ser que tiene el pensar, mientras que el percibir es afín al devenir. Empédocles (499-434 a.C. aproximadamente), consideró la sensación como un efecto debido al contacto de aquello que la causo. La afinidad en la relación natural entre el órgano sensorial y el objeto exterior la interpretó como identidad y la percepción la atribuyó a la acción de lo semejante sobre lo semejante. Éste es también uno de los principios en los que se fundamento la tradición de la magia Demócrito (460-370 a.C. aproximadamente) concibió la idea de que el mundo estaba hecho de átomos, partículas en movimiento cuya interacción era la causa común de todo lo observable. Con esta interpretación aceptó también el concepto de que lo semejante percibe lo semejante.

Posteriormente, Sócrates (470-400 a.C.) dio un lugar predominante a la razón; hizo a un lado la magia y atendió más a la realidad. Introdujo el elemento de juicio, al decir que por la razón se conoce la verdad. Deseaba enseñarle al individuo su relación consigo mismo. El autodesarrollo, la autoconsciencia y el autoconocimiento son las claves de su enseñanza.

Por su parte, Platón (427-347 a.C.) enfatizó la división del alma del hombre en razón, espíritu y apetitos, y la separó entre una parte racional divina y una parte irracional más terrenal. Su teoría tripartita del alma sostiene que cuando la razón, el espíritu y el apetito se combinan en el tono justo, resulta la virtud de la justicia, es decir, la armonía del alma; el control del impulso por la razón, siendo así, la consecución de la armonía interior del hombre, que logra su verdadera libertad.

Aristóteles (364-322 a.C.) es considerado por algunos autores como el fundador del método científico. Su vinculación con la historia de la psicología, se fundó en

tres contribuciones: estableció las bases del juicio, raciocinio y lógica común, como sistema de conocimientos; en efecto, señaló que el conocimiento intelectual se obtiene a partir del conocimiento sensible, que no es mera ocasión sino que la inteligencia capta y abstrae datos para obtener el conocimiento universal; en segundo lugar, Aristóteles definió la naturaleza del alma, como el principio que da la vida al cuerpo organizado y señaló que aun cuando el cuerpo y el alma son dos cosas diferentes se relacionan entre sí, íntima e inseparablemente, y eliminó con ello la concepción dualista. Proporcionó una definición funcional de la mente o alma, al considerarla como un proceso que se le conoce en función de lo que hace, y sus operaciones dependen de asociaciones establecidas en la experiencia, en virtud de su contigüidad, similitud y contraste. Su tercera aportación fue la adopción de la práctica cotidiana de describir e interpretar la experiencia y la conducta del hombre en términos concretos (Harrsch, 1997).

En la cultura primitiva la vertiente de la medicina se dirigió en primer término a los hechos fisiológicos y biológicos. La falta de distinción entre religión y medicina condicionó el carácter general del frotamiento médico hacia el siglo V a. C. El conocimiento médico se empezaba a liberar de la superstición heredada de la época en que la idea común del médico era la del sacerdote, que también ejercía la medicina. Las concepciones predominantes en este tiempo surgieron de la curación de la enfermedad por medio de la fe con tendencia científica. Al enfermo mental se le consideraba imbuido por los espíritus y/o la locura como castigo de Dios.

Los griegos sugirieron la búsqueda de principios físicos que explicaran el estado de salud o enfermedad física o mental más allá de las explicaciones mágicas o míticas. En Hipócrates (460-377 a.C.) se encuentra la culminación y el reflejo de la especulación más brillante de aquella época (Brett, 1963) y se le considera como el padre de la medicina. Su texto más importante es La enfermedad Sagrada; en el que se discuten las relaciones entre la magia y la medicina. Desaprobó los métodos de curación por brujería y propuso un nuevo sistema, en el que intervienen factores, como la intranquilidad, el reposo, la calma. Postuló que la relación armoniosa entre los factores de la nutrición, el movimiento y el clima, da el

equilibrio del organismo, y todo concepto de salud se reduce a equilibrar con propiedad la relación entre el alimento y el ejercicio. Por tanto, dedujo que el desorden físico causa el desorden mental. La salud es definida por Hipócrates como la mezcla correcta de los humores y la enfermedad como una perturbación en la proporción de estos.

Con la muerte de Aristóteles en el año 322 a.C. y el colapso de las ciudades-estado griegas, la ciencia y la filosofía helénicas iniciaron su decadencia. Se marco el final de una era, el cristianismo empezó a consolidarse y propagarse desde el Medio Oriente. Estos trastornos políticos y religiosos provocaron el oscurecimiento intelectual de Occidente, que se conoce en términos populares como era oscurantista, dado el receso del progreso científico, hasta que en la Edad Media se revive el celo por la especulación (Brett, 1963; Chaplin y Krawiec, 1978).

Al principio de la era cristiana, el tipo de psicología que aquí cobra forma fue la de los padres de la iglesia cristiana. Las características de la nueva dirección del pensamiento estuvieron determinadas por el hecho de que el racionalismo dio paso al espiritualismo y del punto de vista científico, al religioso. El desarrollo de la vertiente médica estuvo representada en la combinación de la filosofía y la medicina con la figura de Galeno (130-200 d.C.), quien amplió la sabiduría de Hipócrates y se opuso a la intervención de los dioses en algunos aspectos de la vida humana. Sostuvo que para descubrir la naturaleza del alma y la acción de los nervios, era necesario que interviniera el médico y no el filósofo o los dioses.

Entre las contribuciones del cristianismo, siguiendo la vertiente filosófica del siglo IV y V, se puede señalar a San Agustín (345-430 d.C.) quien postuló que la verdad no debe buscarse en el exterior del hombre, sino en su mismo interior. El hombre es propiamente su alma, el cuerpo es el instrumento de ésta; las facultades del alma son la memoria, el entendimiento y la voluntad, y sus funciones el conocimiento y el amor, al que también equipara con la voluntad.

Después de San Agustín, la cultura occidental quedó en franco receso, del siglo VI al XI, hasta el redescubrimiento de Aristóteles durante los siglos XII y XIII. Entre las aportaciones de San Agustín y los de Santo Tomás se dieron muchos

acontecimientos que no fueron de gran importancia para la historia de la ciencia en general, ni para la psicología en particular (Brett, 1963).

Durante los siglos XII y XIII se despertó gran interés por el naturalismo. La psicología de Aristóteles fue reconstruida por la filosofía de los padres de la iglesia, orientada en una dirección naturalista. A lo largo de la Edad Media se produjo una fuerte interacción y complementación de las vertientes filosófica y religiosa, que culminó en la obra de Santo Tomas de Aquino, (1224-1274) a finales de siglo XIII. Para Santo Tomás el cuerpo y el alma guardan una relación como la que hay entre la materia y la forma. Distinguió las facultades cognoscitivas de las apetitivas. Inteligencia y voluntad corresponden al nivel superior; sentidos y apetitos sensibles al orden material. Todos ellos se unifican en la persona, de tal manera que es el sujeto personal el que siente, quiere, entiende, se entristece o alegra. Para él, el alma debe ser separable del cuerpo y a la vez inmortal. Su psicología fue espiritualista.

Una vez redescubierto Aristóteles, se muestra el camino hacia la psicología moderna. Surgieron nuevas facetas culturales que se sirvieron de las grandes tradiciones heredadas y dieron paso al .período renacentista, que se incrementa en el siglo XV y culminó en el siglo XVII (Brett, 1963). La influencia religiosa hacia finales del siglo XIII se enfocó a través de Roger Bacon (1214-1294) y su concepción de que el alma no es nada sin el cuerpo, y viceversa. El individuo es el verdadero punto de partida. En la misma época Duns Scoto (1266-1308) formula vigorosamente la idea del crecimiento y el desarrollo. Sustentó que el hombre sólo posee un conocimiento confuso del Yo y conceptualizó los pensamientos como simples acontecimientos, como aparición de ideas en el alma; trató problemas relativos a la atención y a la percepción, que constituyen un problema de la psicología actual.

La tradición religiosa de los últimos años de la Edad Media estuvo representada por Buenaventura (1363-1424), quien inició el movimiento hacia el voluntarismo y expresó su idea sobre la personalidad constituida por sentimientos y voluntad, oponiéndose al intelectualismo. Y de la vertiente de la magia no se tienen noticias

sino hasta el siglo XV, que se creó la Inquisición y con ella la muerte en masa de brujas y endemoniados.

La influencia de la medicina siguió el camino de la doctrina de Galeno, cuyo punto crucial sobre la diferencia entre los nervios motores y sensitivos no recibió mayores aportes, sino hasta el siglo XVI, en que Andreas Vesalio (1514-1564) marcó el triunfo de la observación por encima del dogma en la medicina de la nueva era, con sus prácticas de disección de cadáveres humanos. La rebelión contra las tradiciones heredadas en la esfera de la medicina condujo a un caos de ideas extraídas de todo tipo de fuentes y sistemas fantásticos (Brett, 1963).

Hacia fines del medievo unos cuantos pensadores y eruditos estaban dispuestos a enfrentarse al dogmatismo. Entre los que sobresalen en la historia de la ciencia durante los siglos XV y XVI está Copérnico (1473-1543). Su teoría de que la Tierra y los planetas se movían describiendo círculos en torno al Sol, marcó el inicio de la astronomía moderna. En Copérnico y en sus sucesores se da la lucha y la unión de dos grandes fuerzas que genera la ciencia moderna: la creencia en un orden natural, lógico y estéticamente perfecto, a partir del cual es posible deducir las leyes de la Naturaleza, y la determinación de someter a una prueba empírica a todo sistema teórico, por la observación directa.

A fines del siglo XVI y en las primeras décadas del XVII, Galileo (1564-1642) extendió el método experimental; se le considera el padre de la ciencia moderna porque rompió con la forma aristotélica de pensar con base en el dogma, y utilizó métodos empíricos como criterios científicos. Por su parte, Francis Bacon (1561-1626) abogó por el método inductivo, consistente en recoger datos y extraer conclusiones de ellos (Chaplin y Krawiec, 1978).

Aunque ninguno de estos genios intelectuales está relacionado directamente con la evolución de la psicología, crearon la atmósfera donde pudo florecer de nuevo la búsqueda científica. El movimiento empírico se desarrollaba activamente y condujo en el siglo XVII a la difusión del deseo de describir con precisión, de comprender a partir de la observación y no de los métodos especulativos y deductivos. Así, el desarrollo de la observación objetiva produjo efectos inmediatos y definidos sobre la psicología (Harrsch, 1997).

Si se acepta la división histórica en períodos antigua, medieval y moderna, entonces René Descartes (1596-1650), de origen francés, marcó el comienzo de la psicología moderna, al ser considerado como la gran figura en la psicología del Renacimiento (Harrsch, 1997). A Descartes se le considera principalmente un representante de los orígenes de la psicología dentro de la vertiente filosófica racionalista, pero también científico y matemático; el padre de la filosofía moderna, de la psicología fisiológica y de la reflexología. Se encuentran en su trabajo una biología y una fisiología mecánica que se desarrolla a la par que una ciencia del espíritu, que hace uso del método de la introspección. Su razonamiento le llevó a distinguir la mente o conciencia del cuerpo o sustancia material, que a su vez, separados, actúan entre sí a través de la glándula pineal localizada en la base del cerebro. Sostuvo que el control del alma sobre el cuerpo se efectuaba mediante la regulación mecánica de los nexos de unión entre los impulsos sensoriales y los motores de los nervios. Otra aportación significativa de la obra de Descartes a la psicología, fue su análisis de las emociones.

Probablemente la corriente tradicional filosófica más importante para comprender la psicología experimental del siglo XVIII y principios del XIX sea el empirismo inglés iniciado por Thomas Hobbes (1588-1679), contemporáneo de Descartes, Hobbes se opuso a la noción referente a las ideas innatas y sostuvo que las sensaciones son la fuente del conocimiento y el contenido de la mente; esbozó la teoría del asociacionismo que sostiene que toda la complejidad de la vida mental puede reducirse a los componentes elementales de la conciencia en su vinculación con la experiencia; la asociación se da por la coherencia y contigüidad de las impresiones pasadas. A Hobbes se le consideró (Harrsch, 1997) el primer psicólogo social, pues describió algunas actividades humanas como adquiridas y los motivos humanos no como fuerzas puramente impulsivas, sino como afanes basados en la expectativa del placer y el dolor, lo que constituye las fuentes de la conducta social y la base de la organización de la sociedad.

El primer sucesor de Hobbes fue John Locke (1632-1704), cuyo pensamiento filosófico estuvo guiado básicamente por la idea sobre la aptitud del hombre para vivir en una sociedad libre, regida por la razón y la tolerancia; según Locke las

ideas provienen de la experiencia y se originan en dos fuentes distintas: la sensación y la reflexión o sentido interno; hizo hincapié en la capacidad del hombre para alcanzar la comprensión del mundo y de sí mismo, y que las sucesiones de ideas que se dan en la mente suelen ser irracionales; a estas vinculaciones las llamó asociación de ideas. Claro está que en la obra de Hobbes el germen del asociacionismo ya era evidente y éste, a su vez, se remontaba a Aristóteles, al igual que la noción de que la mente es una fábula rosa, que Locke convierte en el punto central de su psicología. De ahí surge el empirismo inglés, cuya tradición convirtió a la percepción en uno de los problemas básicos de la psicología (Harrsch, 1997).

Para el siglo XVII, la atmósfera, empírico y racional favoreció el avance de la ciencia por el camino de la introspección y la lógica. Dentro de la vertiente filosófica, el empirismo británico fue seguido por George Berkele (1685-1753), David Hume (1711-1776) y David Hortley (1705-1757).

George Berkeley, filósofo y teólogo, aportó a la psicología su teoría de la percepción visual del espacio en función de las experiencias táctiles. Se adhirió al principio del asociacionismo, al explicar la relación entre experiencia e ideas. Berkeley sostuvo que la experiencia es atributo del alma; el alma es el fondo inobservable, pero lógicamente necesario de la experiencia, y dios es su causa activa.

David Hume puso en tela de juicio las premisas berkelianas de la existencia del alma y de Dios. Su contribución psicológica central consistió en la descomposición analítica del proceso de pensamiento en una serie caleidoscópica, infinitamente variable, de experiencias tal como las recibe el ser humano, las cuales se combinan por la fuerza natural de la asociación. Su teoría sobre el proceso de la asociación incluye los principios aristotélicos de semejanza y contigüidad, y agregó los de causa y efecto. Según él, tanto la pasión como la sensación de placer o dolor -sentimientos primarios- están acompañados de sentimientos secundarios, como la esperanza o el temor.

A mediados del siglo XVII el asociacionismo comenzó a constituir el núcleo central de los problemas psicológicos. A David Hartley se le considera como el

fundador del asociacionismo como sistema psicológico y escuela aparte dentro de la filosofía (Boring, 1979). Al contrario de sus predecesores, Hartley captó la necesidad de dar una explicación fisiológica a la asociación; en efecto, sostuvo que si ciertas experiencias se sucedían de acuerdo con un orden dado, ello significaba que las fibras nerviosas debían entrar en vibración de acuerdo con otro orden dado. Su pensamiento estuvo matizado por intereses filosóficos, fisiológicos y teológicos; con Hartley en 1749, el movimiento conocido como empirismo británico se convirtió en el llamado asociacionismo británico.

Entre tanto, en Escocia, la llamada psicología de las facultades se aproximó al asociacionismo siguiendo la corriente denominada escuela escocesa. Thomas Reid (1710-1796), filósofo, representante de este movimiento, analizó la mente por facultades, y presentó el problema de cómo las sensaciones que existen en sí y por sí mismas, se convierten en percepciones que indican objetos reales. Se propuso demostrar que el escepticismo de Hume era absurdo, porque el hombre sabe que tiene mente y que goza de la facultad de percibir cosas reales, de pensar y de actuar racionalmente. El sucesor de Reid fue Dugoíd Stewart (1753-1828), quien se abocó a popularizar los postulados sobre las facultades de la mente y en especial sostuvo que la conciencia y la atención hacen posible el recuerdo.

El filósofo alemán que ejerció más influencia en el desarrollo conceptual del funcionamiento psíquico fue Emmanuel Kant (1724-1804). Para la psicología es de especial interés su concepto sobre las tres grandes subdivisiones de la actividad mental: conocimiento, sentimiento y voluntad. Asignó importancia a la unidad del acto de la percepción y a la unidad de la experiencia; asimismo, subrayó el concepto acerca de que la naturaleza última de las cosas externas no es observable, de igual modo que el sujeto cognoscente o Yo interior no es observable; se conocen únicamente fenómenos, apariencias, y sin embargo, el Yo aparece en cada acto de voluntad. Sostuvo que el proceso de la volición es independiente de la causalidad: la voluntad es libre. Kant insistió en que la realidad moral y religiosa no reside en el campo del conocimiento sino en el proceso de la voluntad. Destacó la importancia de aquellos fenómenos mentales

que no pueden reducirse a procesos cerebrales o corporales; respaldó las teorías del espacio, ya que hizo subjetivos el espacio y el tiempo al concebirlos como intuiciones a priori, separándolos así del mundo exterior objetivo (Boring, 1979).

El siglo XVIII fue una época de proezas intelectuales por el momento histórico en el cual atravesaban. El movimiento científico dentro de la vertiente de la medicina alcanzó grandes proyecciones en Francia con Pierre J. Cabanis (1757-1808), M.F. Bichat (1771-1802) y Philippe Pinel (1745-1826). Cabanis, quien vivió durante la Revolución francesa, aportó sus ideas cuando se le pidió en 1795 que determinara si las víctimas de la guillotina seguían concientes después de haber sido decapitados. Concluyó que no, según su formulación sobre los niveles del sistema nervioso. En el nivel de la médula espinal se producían los actos reflejos en repuesta a los estímulos; en un nivel superior tenían lugar actividades semiconscientes y en el nivel más alto se encontraba las funciones del pensamiento y la volición, que dependen de la actividad del cerebro. Elaboró una psicología fisiológica con su postulado sobre las funciones neurales que servían de base para una adaptación activa al medio.

Las investigaciones de Bichat en el campo de la medicina también lo llevaron a la concepción de una psicología fisiológica. Se le conoce por su descripción de la estructura microscópica de los tejidos y por haber descubierto las células. Sugirió que las funciones de la percepción, de la memoria y del intelecto se localizan en el cerebro, mientras que a las emociones las ubicó en las vísceras.

En 1792, Pinel, otro hombre de ciencia, francés, se abocó a la lucha para lograr que los enfermos mentales fueran desencadenados. Desde el siglo XVI prevalecía la concepción demonológica de la enfermedad mental, y a los individuos que la sufrían se les encerraba y encadenaba. Pinel sostuvo que los insanos no estaban poseídos por el demonio sino que sufrían de trastornos cerebrales. Sintetizó los adelantos de la neurología y la patología al afirmar que el desorden cerebral significaba desorden de la personalidad (Boring, 1979).

La historia de la psicología muestra que a lo largo del tiempo los fenómenos psicológicos llamaron la atención de diversos científicos; sin embargo, aún a principios del siglo XIX, a la psicología se le consideraba dentro de la rama de la

filosofía, dando lugar a la psicología filosófica. A su vez, el avance de la fisiología del sistema nervioso daba algunas soluciones a problemas de tipo psicológico. Simultáneamente, otras ciencias contribuían de manera occidental con la psicología, como la física, la biología, la astronomía, las matemáticas. La llamada nueva psicología científica del siglo XIX resultó de la fusión de la psicología de los filósofos y la psicología de los fisiólogos, más las aportaciones de la reflexología, la frenología, la hipnosis y la ecuación personal.

Boring (1979) señaló que a mediados del siglo XIX se reconoció formalmente la identidad esencial de las dos psicologías y con ello nació la psicología fisiológica que significó un momento crucial en la historia de la psicología. Fue en este siglo que tomó fuerza el punto de vista que consideraba al cerebro como el órgano del pensamiento.

Por su parte, Chaplin y Krowiec (1978) afirman que en el siglo XIX se creía que el método más prometedor para conocer la mente era el empírico y si bien la filosofía había aportado lo suyo, se necesitaba de un enfoque experimental o de observación para el estudio de la mente. Brett (1963) apunta que en este siglo se agudizó el postulado de que sólo la conducta manifiesta se podía describir científicamente, así como la creencia de que no se hacía psicología científica a menos que se utilizaron las matemáticas. También señaló que la contribución al progreso de la psicología por aquellos que no se preocuparon por intentos prematuros de medición fue mucho mayor que la de aquellos que estaban obsesionados por la necesidad de obtener datos cuantificables.

De las diversas líneas de pensamiento que convergieron en la psicología a partir de la tradición filosófica, hacia principios del siglo XIX, cabe mencionar, en primer término, la escuela asociacionista alemana representada por Johann Herbart (1776-1841), considerado como el padre de la pedagogía científica y quien, a pesar de negar la experimentación psicológica, tuvo gran influencia sobre la psicología posterior, al intentar aplicar las matemáticas al estudio de la vida psíquica. Heraort fue quien sacó a la psicología de la filosofía y de la fisiología y le dio un status propio.

De los pensadores que florecieron en la segunda mitad del siglo XIX hubo uno sobresaliente: Wilheim Wundt (1832-1920). Diversos historiadores de la psicología lo consideran el primer psicólogo propiamente dicho (Boring 1979), dado su calidad de fundador de la psicología experimental como ciencia independiente y como disciplina académica formal.

En 1879 Wundt, fundó en Leipzig el primer laboratorio formal de psicología en el mundo, cuya misión era demostrar, prácticamente, que podía existir una psicología experimental. Esta cátedra desempeñó un papel definitivo en la formación de investigadores por lo que puede ser considerado como el primer colegio de psicología del mundo.

Cabe señalar que gran parte de la psicología de mediados del siglo XIX se había incorporado a la fisiología experimental, según los trabajos de Weber y Fechner. Por otra parte, la afirmación de que la psicología debió estar basada directamente en la experiencia no era original de Wundt, dado que Locke, Condillac y Herboit ya habían introducido ese postulado. En esta época también se desarrolló la perspectiva evolucionista, con el método genético, que destacaba no sólo los procesos cognoscitivos sino también los afectivos y volitivos. Wundt creía que la psicología debía ser fisiológica y la filosofía debía ser psicológica, por lo que llevó a la psicología al área de la filosofía desde el campo de la fisiología (Brett, 1963).

Wundt consideraba que el objeto de la psicología la constituían las experiencias inmediatas del individuo y que éstos se podían estudiar por medio de la introspección, para luego realizar una observación objetiva y analítica de los procesos conscientes. Habló de las sensaciones como formas elementales de la experiencia, de los signos cognoscitivos en su teoría de la percepción, y de los sentimientos como las cualidades de la experiencia que no provienen de ningún órgano de los sentidos. En su teoría tridimensional del sentimiento, Wundt afirmaba que los sentimientos varían en las dimensiones de agrado-desagrado, tensión-relajación y excitación-calma. Sostenía que la psicología tenía que ver con el estudio del sentimiento interno en la medida en que fuera consciente subjetivamente, y con la percepción externa, en la medida en que se refiriera a los objetos. Consideró que las sensaciones llevan consigo cualidades sentimentales;

a los sentimientos que siguen ciertos lineamientos regulares los llamó emociones y éstas desembocan en actos de voluntad. Wundt planteó el problema de la psicología como el análisis del proceso mental en elementos y del concepto de mente como un contenido activo, real y no sustancial, en tanto es un proceso cambiante y no un objeto.

Como se mencionó al hacer referencia a la vertiente de las ciencias naturales durante el siglo XIX, además de las investigaciones en la rama fisiológica, la biología también tuvo su auge con las teorías evolucionistas que contribuyeron al surgimiento de la psicología. Entre los antecedentes de esta influencia cabe mencionar que de la corriente asociacionista de los británicos James Mill y John Stuart Mill, surge Alexander Bain (1818-1903), filósofo cuyo enfoque tuvo lugar dentro del asociacionismo basado en comprobaciones fisiológicas y en función del postulado sobre las tendencia innatas de reacción, es decir, que el sistema nervioso era capaz de tener una acción espontánea e instintiva. En 1876 fundó la primera revista de temas psicológicos.

Entre las ideas acerca del cuerpo y la mente parecía latente una ciencia de la conducta. La psicología, señalaba Herbert Spencer, presupone la biología porque los fenómenos de la vida consciente constituyen una rama de la vida en general, hecho que concede a la ciencia mental un lugar dentro de las ciencias naturales. Con su doctrina evolucionista buscó mostrar que la ley de la frecuencia asociativa opera filogenéticamente, es decir, conlleva una tendencia hereditaria que se vuelve acumulativa en generaciones sucesivas; asimismo, hizo hincapié en la naturaleza adaptativa de los procesos mentales.

Los pensadores de la segunda mitad del siglo XVIII y la primera del XIX, dieron realce a los conceptos evolucionistas, al confrontar el problema del origen de las especies, que durante siglos se había solucionado a través de la creencia del relato bíblico sobre la creación de la vida animal y su preservación en el arca de Noé. Boring (1979) señalan que Jean B. Lamarck (1744-1829), fue quien a principios del siglo XIX publicó su teoría de que las formas animales podían modificarse a través del esfuerzo del animal para adaptarse mejor al ambiente e hizo hincapié en la idea de que las modificaciones adquiridas las hereda la

progenie. Sin embargo, el inglés Charles Darwin (1809-1882) enunció una teoría mejor fundamentada sobre el origen evolutivo de las especies y produjo un gran efecto en el medio científico de la época. Darwin planteó la idea de que la naturaleza ejerce una selección natural con base en la supremacía de los animales más aptos para sobrevivir en el ambiente; dicha selección natural determina la producción gradual de nuevas especies; asumió que las variaciones que pueden ser heredadas ocurren espontáneamente o por azar, y no debido al esfuerzo adaptativo del organismo, como pensó Lamarck, lo que provocó un fuerte impacto en el desarrollo posterior de la psicología (Brett, 1963)

Bajo la influencia de hombres como Lotze, Fechner, Helmholtz, Wundt y Darwin la psicología empezó a adquirir una identidad propia. Pero en este repaso por la historia de la psicología, es importante mencionar que paralelamente se desarrollaban diferentes planteamientos para formular teorías que explicaran el comportamiento del hombre, como lo fueron Breuer y Freud, este último como fundador del psicoanálisis. Según Harrsch (1997), la "semilla" del psicoanálisis apareció con el trabajo que realizaron juntos, llamado: "Estudios sobre la histeria" en 1895. Freud elaboró toda una forma de concebir la personalidad del hombre que resultó polémica en su tiempo. Su teoría en un inicio, se conceptualizó con trabajos en torno a la hipnosis, incorporando posteriormente elementos de sexualidad, para incluir mas adelante "la asociación de ideas" como método para discernir los síntomas de un paciente.

Sin embargo, a finales del siglo XIX (las últimas tres décadas) y principios del XX, hasta 1940 aproximadamente, se desarrollaron importantes contribuciones para el establecimiento de la psicología en diversas partes del mundo. En la tradición filosófica de este período predominó un espíritu de cuestionamiento y redefinición sobre si la psicología había de ser realista o idealista, si era una rama de la fisiología o una parte de la metafísica, si se tenía que utilizar el término alma para explicar los fenómenos psíquicos, si los fenómenos poseían una realidad (Brett, 1963).

Oswald Külpe (1862-1915), filósofo, historiador y discípulo de Wundt en Leipzig, asumió el liderazgo del laboratorio experimental de Wurzburgo y trabajó en sus

inicios la psicofísica y la psicología del contenido. Definió la psicología como la ciencia de los hechos de la experiencia y recalcó su concepto sobre la dependencia de los hechos con relación a los individuos que la experimentan. Estudió la percepción en relación con las formas de combinación espacial y temporal, así como la atención, la voluntad y la autoconciencia y profundizó en la psicología del pensamiento.

Edward Titchener (1867-1927), de origen inglés y alumno de Wundt, representó la tradición psicológica alemana en Estados Unidos; recibió sus primeros estudios filosóficos del empirismo británico y después se dedicó a la psicología fisiológica. Sus intereses se centraban en la mente humana adulta, normal y con postulados generalizables; afirmaba que la conciencia sensorial era el objeto de estudio de la psicología y que esto como ciencia, debía ocuparse de las leyes generales de la mente. En su punto de vista sobre la estructura mental apoyó la naturaleza imaginativa y sensorial de los procesos del pensamiento; separó los estados mentales en sensaciones, imágenes y sentimientos. Centró su trabajo psicológico en el estudio de la experiencia humana, conceptualizándola como dependiente del individuo que la posee, es decir, de la experiencia consciente que sólo es observable con la técnica especial de la introspección. Admitió que la introspección como método tiene resabios de subjetividad, pero fundamentó su objetividad en el adiestramiento y en la actitud del observador. Resumió el método científico a la observación, al considerar que la única manera de trabajar en la ciencia es observando los fenómenos.

El iniciador de la psicología reconocido como tal en Estados Unidos, fue William James (1842-1910), médico, siguió el curso inverso, es decir, de la fisiología, la anatomía y la biología a la filosofía. Introdujo el experimentalismo alemán, imponiéndole el sello norteamericano al enfatizar el significado funcional de la mente. Sostuvo que el análisis era el método científico; más consideró que la descripción analítica de la mente no debía implicar la sola reunión de sus elementos; su punto central respecto de la conciencia plantea, al contrario de los estructuralistas, un proceso o flujo continuo que llamó corriente del pensamiento. Las características esenciales de la conciencia decía James, son cuatro: la

conciencia es personal, en tanto que los pensamientos pertenecen a alguien; la conciencia cambia constantemente, ya que ningún estado que ocurrió antes podrá volver a ser idéntico a lo que antes fue; la conciencia es continua, dado que un sujeto sigue siendo el mismo aunque se presenten interrupciones de tiempo como en los estados de vigilia y sueño; por último, la conciencia es selectiva, escoge los estímulos que le son relevantes usando la atención. James inició lo que posteriormente se llamaría escuela funcionalista, basado en la concepción de la función biológica que se derivó de Darwin; consideró que la mente tiene un uso, es decir, que funciona para adaptar al hombre al medio exterior. Afirmó que la emoción es un producto de la reverberación de cambios fisiológicos operados en el cuerpo; es la percepción de las experiencias provocadas por respuestas corporales, en especial de las vísceras y los músculos.

En el campo de la fisiología nerviosa, la escuela rusa dio otro movimiento en favor de la psicología objetiva, representado por I. Sechenov (1829-1905), I. Pavlov (1849-1936) que recibió el Premio Nobel por su descubrimiento de los nervios secretores del páncreas, y por último Bechterev (1857-1927). El primero de ellos realizó investigaciones sobre los reflejos espinales y su inhibición por la acción de la corteza cerebral. Afirmaba que todo el pensamiento y la inteligencia dependen de la estimulación para existir y explicó los actos conscientes o inconscientes como reflejos.

I. P. Pavlov, fisiólogo, desarrolló el método del reflejo condicionado. Descubrió que era posible hacer reaccionar a los animales sujetos de experimentación ante diversos estímulos que les aplicaba antes de darles su comida. Así desarrolló una técnica para determinar con precisión la reacción de salivación del animal cuando anticipaba la comida. La naturaleza del condicionamiento clásico se enuncia cuando un segundo estímulo que ocurre al tiempo o inmediatamente antes de un estímulo incondicionado después de varías repeticiones lleva a producir por sí solo el movimiento reflejo (Boring, 1979).

Su obra abrió otras posibilidades para explicar la conducta en función de fenómenos fisiológicos objetivos y fueron usados para respaldar el movimiento que Watson impulsara en Estados Unidos con el nombre de conductismo.

Bechterev, psiquiatra y fisiólogo, acuñó el término reflexología, al tratar los reflejos en el aprendizaje humano a base de condicionamientos; abarcó experimentos sobre la interacción en el grupo social, a los que llamó, reflexología colectiva.

George Romanes (1848-1894) fue quien llevó a cabo el desarrollo científico en el campo de la psicología animal y trabajó sobre la inteligencia animal, Lloyd Morgón (1852-1936) investigó la memoria asociativa en los animales inferiores. Aún cuando estos dos científicos ingleses fueron los fundadores de este movimiento, la psicología animal tomó forma a raíz de los trabajos realizados en Estados Unidos por Robert Woodworth y Edward Thorndike (1874-1949). Este último, realizó investigaciones con gatos y encontró que aprendían por ensayo y error, así como por éxitos accidentales, técnica que aplicó, posteriormente, a niños y adolescentes. Junto con Woodworth trabajó en su concepto sobre la interferencia del aprendizaje. Por su parte, Woodworth se dedicó a la investigación fisiológica desde el marco funcional y terminó en el campo de la motivación.

La psicología animal en este período culminó con los trabajos de John Watson (1878-1958) sobre la maduración neurológica y psicológica de las ratas con base en el estudio de la sensación somestésica. Su espíritu investigador se mantuvo distante de toda preocupación por la conciencia y se vio impulsada a explorar más sobre la naturaleza del proceso del aprendizaje como un problema de la modificación de la conducta.

Así, en 1913 Watson inició el movimiento del conductismo que surge como un movimiento revolucionario dirigido contra el método de introspección, heredado por la tradición observacionista, aunque al mismo tiempo siguió esta tradición a través de su interés en el atomismo y el asociacionismo.

John Watson (1878-1958) fundó el conductismo en 1913, año en que publicó su *artículo La psicología como la ve un conductista* e inició su propaganda contra el introspeccionismo, en defensa de una psicología objetiva. Watson trabajó en las áreas de la imaginación, el sentimiento y la asociación, traduciendo estos conceptos mentalistas a términos comportamentales, a saber: imaginación y pensamiento por conducta vocimotora (movimientos de la laringe); sentimiento por actividad glandular (endurecimiento y ablandamiento de los tejidos genitales);

asociación por reflejo condicionado. El estudio de la conducta fue el núcleo básico de sus postulados, en términos de estímulo y respuesta, tanto en animales como en humanos.

El conductismo surge bajo la influencia de la vertiente de la biología, proveniente del enfoque evolucionista de Darwin, que también dio origen a la psicología animal o comparada, y al movimiento funcionalista estadounidense, cuya fuerza perduró en el conductismo. La aparición de la psicología animal trajo como consecuencia la consideración de que los hombres son animales.

Bajo la influencia de la psicología animal había surgido el movimiento mecanicista, a cuya cabeza se encontraba el zoólogo y fisiólogo alemán Jacques Loeb (1859-1924), que apoyaba la construcción de una psicología sin alma. Introdujo el concepto de tropismo, interpretación mecanicista de la conducta que no necesitaba de la conciencia y que podía aplicarse al comportamiento de organismos inferiores. Se propuso eliminar los términos psicológicos de sensación, memoria y movimiento y sustituirlos por: recepción, resonancia y reflejo, respectivamente. Postuló la memoria asociativa como criterio de conciencia.

El conductismo recibió otras influencias de la psicología animal y de la psicología objetiva y positivista, al considerar que la mente excluía a la conciencia. El positivismo, término que acuñó Auguste Comte (1798-1857), destacó el significado de lo no especulativo o inferido, de lo inmediatamente observable. El positivismo también ha sido llamado operacionalismo.

Watson que había estudiado filosofía, se ocupó de la psicología de la conducta y dirigió en la Universidad de Hopkins el movimiento que llamó conductismo. Remplazó la conciencia por la conducta como objeto de estudio, fundamentado en la idea de que era más directo y positivo describir la conducta y su uso funcional del organismo que se comporta. Puso de relieve la relación del lenguaje con el pensamiento al plantear que los procesos mentales pueden ser concebidos como formas internas de la conducta; el estudio del lenguaje fue de suma importancia para la formulación de la teoría conductista.

La psicología intencionista fue la reacción contra el intelectualismo y el asociasonismo de la tradición observacionista y también sufrió la influencia de las vertientes filosófica, fisiológica y biológica del siglo XIX. William McDougall (1871-1938), médico experimentalista inglés, siguió la línea de la psicología sistemática de Ward y Stout y creó la psicología intencional, a la que después llamó psicología hórmica. Fincó su sistema en el concepto de intención a propósito al abordar el tema del comportamiento; sus principales postulados fueron que todo comportamiento es intencional; que existen tendencias innatas o instintos que persiguen un fin y que todo comportamiento está motivado, directa o indirectamente, por instintos como los sentimientos y las emociones. En 1930 arguyó que los instintos, dirigidos hacia metas, son la liberación de energía que guía al organismo hacia una meta por medio de la función de apercibimiento cognoscitivo y que dicha actividad termina al obtenerse el fin buscado (Brett, 1963).

En el decenio de 1920 el conductismo se había extendido por Estados Unidos. Entre los conductistas posteriores que adquirieron renombre a través de sus investigaciones de la época de los treinta en adelante se destacan Edwin Holt (1873-1946), Edward Tollman (1886-1959), Karl Lashley (1890-1958), Albert Weiss (1879-1931), Walter Hunter (1889-1954), Clark Hull (1884-1952) y Burrhus F. Skinner (1904-1990).

Tollman planteó un conductismo que llamó propositivo, finalista u operacional; sostenía en su análisis de la acción, la diferencia entre elementos de conducta molecular resultantes de la reflexología y la acción vista como un todo (conducta molar), en la que interviene la intencionalidad. Aludió a las variables intervinientes de tipo cognoscitivo que sirven al hombre para conocer y guiar su acción; las variables de demanda le sirven como motivos y son los impulsos que determinan su acción.

Lashley fue otro conductista que se interesó por las manifestaciones objetivamente observables del funcionamiento del cerebro y por localizar en éste las funciones del aprendizaje y la memoria. En su investigación subrayó que el psicólogo puede trabajar sin necesidad de recurrir al concepto de conciencia. Por

otro lado, Weiss, de origen alemán, sostuvo también que el conductismo provee una explicación más completa de la totalidad de los logros humanos sin la concepción tradicional de conciencia. Hunter, al igual que otros conductistas, evitó los términos mentalistas, e incluso sugirió que había que cambiar el término psicología por el de antroponomía, sinónimo de conductismo.

Hull, considerado como uno de los asociacionistas modernos, se dedicó a cuantificar las diversas fases del proceso del aprendizaje utilizando el programa de Pavlov. Redujo los tipos más complejos de aprendizaje a la formación de asociaciones mediante el refuerzo. Se propuso demostrar que el contacto con una meta actúa como reforzador de una actividad. Para Hull es posible medir la conducta tanto en la estimulación como en la respuesta y manejar su interrelación en términos matemáticos.

Skinner, el conductista más joven de esta época, ha definido la proposición acerca del reflejo condicionado visto como una correlación entre el estímulo y la respuesta. Considera que es posible obtener un registro gráfico del proceso de aprendizaje en animales a través de experimentos con su conocida caja de Skinner (consistente en una caja simple con una palanca que acciona un mecanismo que deja caer un trozo de comida cuando el animal la presiona). Diferenció dos tipos de reflejos: respuestas correlacionadas con estímulos, que denominó conducta respondiente, y respuestas que ocurren sin estímulos externos observables, que denominó conducta aparente. Skinner llamó a su sistema condicionamiento operante.

La psicología como tal, ha hecho uso de diversas teorías y posturas a través de los años, ha logrado interesarse en diversos campos, esto a razón de las necesidades sociales, que van demandando ya sea de manera individual o a través de trabajo interdisciplinario. Aunque si bien es cierto, puede llegar a existir confusión en el intentar considerar cual es la postura más acertada, sin embargo, también habría que reconocer la importancia que existe en la diversidad y en la apertura que esta disciplina proporciona a la ciencia. Por otra parte, esta apertura permite cubrir y satisfacer las exigencias sociales, que de cierta manera cada vez demandan ser más especializadas y estrictamente científicas, entre esta

diversidad encontramos: la psicología educativa, experimental, social, comunitaria, industrial, ambiental, fisiológica, animal, diferencial, genérica, del desarrollo, infantil, de la adolescencia, de la madurez, geriátrica, del consumidor, dinámica, organizacional, del trabajo, de la salud y clínica.

1.2 HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

A fines del siglo XIX, estaban dadas las condiciones para que la psicología clínica pudiera aparecer como disciplina independiente, la psicología se consideraba ya como ciencia, y algunos psicólogos estaban comenzando a explicar los métodos científicos al estudio de las diferencias individuales. Actualmente la psicología clínica puede ser considerada como el área tecnológica de la psicología encargada del comportamiento individual en el contexto definido socialmente como clínico y ante lo que el usuario o el grupo de referencia reporta como problema (Vargas, 2002). Pero para llegar a esta consideración fue necesario que transcurrieran una serie de discusiones entre personajes interesados en este abordaje.

En primer plano, se admite que la psicología, si bien es cierto que procede de raíces filosóficas, también es cierto que siempre ha buscado enfocar sus esfuerzos por comprender al ser humano, desde el entorno científico. La consideración clínica del comportamiento estaba por surgir en psiquiatría, abriendo nuevos y amplios campos a los psicólogos que se interesaban en las desviaciones del comportamiento.

El primer psicólogo clínico reconocido como tal, fue Lightner Witmer, en marzo de 1896, una maestra llamada Margaret Maguire preguntó a Witmer si podría hacer algo para ayudar a uno de sus discípulos que no podía aprender ortografía. Witmer había dado clases cuando era estudiante y el interés que sentía por los niños lo inclinó a “aceptar el caso”. Al hacerlo, Witmer se convirtió en el primer psicólogo clínico e inició lo que llegó a ser la primera clínica psicológica del mundo, hasta ese momento la psicología se había ocupado exclusivamente de estudiar el comportamiento general de las personas, y nunca las había tratado como individuos.

La postura que tomó Witmer desde el principio, fue hacer el diagnóstico del problema del niño, para después administrar el procedimiento apropiado para curarlo. En la convención de 1896 de la American Psycological Association, Witmer comunicó a sus colegas que había descubierto un nuevo tipo de psicología, diciendo que la psicología era el resultado de muchos seres humanos, uno tras otro, y que el método analítico de discernir las capacidades y defectos mentales va desarrollando una clasificación ordenada de la conducta observada mediante generalizaciones postanalíticas. Dijo que la clínica psicológica era una institución de servicio social y pública, útil para hacer investigaciones originales y para enseñar a los estudiantes la ortogénesis psicológica que incluye la orientación vocacional, educativa, correctiva, de higiene, industrial y social.

A pesar de objeciones Witmer siguió su trabajo y agrandó su clínica. El creciente número de casos que atendía, en especial eran niños lentos, más tarde fueron con problemas de lenguaje, de sensibilidad y de aprendizaje. Fiel a su planteamiento ortogénico (preventivo) trabajó también con niños normales y de alto nivel intelectual, además de poder aconsejar a sus padres, madres y maestros.

Resulta irónico constatar como la clínica, la escuela y los cursos de formación de Witmer tuvieron tan poca influencia cuando la nueva profesión fue tomando fuerza. Con la introducción en Estados Unidos de las nuevas pruebas de inteligencia de Alfred Binet, sirvió de catalizador para las funciones de diagnóstico.

Otro importante desarrollo del siglo XX fue el diagnóstico de adultos que se iniciaron en varios hospitales de enfermos mentales para el tratamiento de casos con lesiones cerebrales y de otros problemas. Después de 1907, el examen psicológico de todos los pacientes se hacía por rutina y se comenzó a hacer diagnóstico en las prisiones para identificar a los presos que estuvieran enfermos y para elaborar planes de rehabilitación. Esto despertó interés de los psicólogos por los adultos que presentaban desórdenes serios. Mientras el interés por los adultos se fue convirtiendo en el aspecto central de la psicología clínica.

Otros psicólogos interesados en la clínica se inclinaron por adoptar teorías freudianas sobre el comportamiento normal y anormal que estaba cobrando fuerza en psiquiatría. La psicología clínica se incorporó a este movimiento por la estrecha

colaboración que los psicólogos prestaban a los psiquiatras en los laboratorios de los hospitales de enfermedades mentales.

Igual que Witmer, Healy trabajó con niños y le daba mucha importancia a la prevención, pero su orientación era dirigida a casos de mala conducta que exigían la atención de autoridades escolares, de la policía o del tribunal de menores y operaba bajo el presupuesto de que los delincuentes juveniles que sufrían algún tipo de enfermedad mental, y que si se les daba la atención adecuada, se podían evitar mayores problemas en el futuro. Como Healy había quedado hondamente impresionado por las teorías de Freud cuando estudió en Europa en 1906, su clínica en Chicago tuvo una gran tendencia en este sentido. Como ejemplo, el diagnóstico que hizo Healy en uno de sus primeros casos, fue el de histeria con conducta antisocial provocada por sentimientos inconscientes de culpa.

Este enfoque dinámico, afectivo y motivacional discrepaba grandemente de la postura de Witmer, pero recibió un enorme impulso entre los psiquiatras y los psicólogos, cuando el psicólogo G. Stanley Hall invitó a hablar a Freud y a dos de sus discípulos, Carl Jung y Sandor Ferenczi, en la celebración del vigésimo aniversario de la fundación de la Clark University de Worcester, en Massachussets. Esta celebración y las conferencias que en ella tuvieron lugar, “vendieron” el psicoanálisis a los psicólogos americanos. Las teorías de Freud resultaban compatibles con la importancia que para ellos tenía la manera como la mente humana se conduce con el medio en que se mueve en contraposición con el análisis de sus componentes.

Cuando Estados Unidos entro en la guerra, surgió la urgente necesidad de clasificar a un número muy amplio de adultos, en relación con su nivel intelectual y con su nivel emocional. Como no existían las técnicas adecuadas, el ejército pidió a Robert Yerkes (presidente de la APA) que desarrollara instrumentos que ayudaran a descubrir los desórdenes del comportamiento de los reclutas.

Después de la Primera Guerra Mundial, los psicólogos clínicos se siguieron ocupando principalmente de los niños, pero comenzaron a ampliar sus horizontes con pruebas también para adultos de inteligencia, personalidad, intereses, habilidades, emociones y cualidades. Ellos mismos desarrollaron muchas de estas

pruebas, mientras que las otras fueron adaptaciones de pruebas europeas de orientación psicoanalítica. Los instrumentos más comunes de esa época fueron: la prueba de habilidad musical de Seashore (1919), la prueba de asociación de palabras de Joung (1919), la prueba de manchas de tinta de Roschach (1921), la prueba de analogías de Millar (1926), la prueba de Goodenough "dibujo de la figura humana" (1926), la prueba de intereses vocacionales importantes (1927), la prueba de apercepción temática (TAT: 1935), la prueba gestáltica de Bender (1938), y la escala de inteligencia Weshler-Bellevue (1939).

Aunque se multiplicaban los medios de trabajo, los clientes y las funciones de los psicólogos clínicos, a principio de los años treinta, no se reconocía a la psicología clínica como profesión. Los psicólogos clínicos se sentían frustrados por esta situación, porque además de sentirse incómodos por estar catalogados como profesionistas de segunda clase al ser confundidos como técnicos de pruebas psicológicas, recibían muy poca ayuda de sus colegas de las universidades y de la APA, lo que ocasionó que en 1937 se separaran de la APA y formaron una organización independiente, esta vez llamada American Association of Aplied Psychology (AAAP), con departamentos de psicología clínica, de consultoría (counceling),educativa e industrial. Esta organización duró ocho años antes de nuevamente unirse con la APA.

Para finales de los años treinta, ya se estaba operando en todos los campos que actualmente tiene la psicología clínica. Sin embargo en ese entonces, estuvo confinada a los hospitales, las prisiones, entre otros. Para considerarla como rama independiente, solo se necesitaba el apoyo de la ciencia madre: la Psicología; y de la sociedad, lo cual fue apoyado llegada la Segunda Guerra Mundial.

Las autoridades militares y civiles estaban verdaderamente impresionadas por la capacidad de los psicólogos de realizar historias clínicas adecuadas, preparar evaluaciones y diagnósticos de los pacientes, ayudar en los estudios de investigación, y manejar eficazmente a tipos muy diversos de pacientes en terapia individual y de grupo.

Cuando la psiquiatría permitió a los psicólogos clínicos adentrarse en el terreno del tratamiento, comenzaron a aliviar las enfermedades mentales aplicando

técnicas psicoanalíticas y a partir de 1945 se reconoció la importancia de los tratamientos de prevención, teniendo disponibles perspectivas teóricas más amplias y todo un arsenal de técnicas prácticas para diagnosticar y ayudar a cambiar el comportamiento.

Aunque esta especialidad ha avanzado en muchos sentidos en las últimas décadas, no ha llegado aún a un pleno desarrollo unificado ni a su identificación plena. Garfield (1966), anota que los psicólogos clínicos son un grupo particularmente introspectivo, autocrítico, en búsqueda del espíritu, o bien un grupo que crónicamente está insatisfecho. Este problema surge de la diferencia de puntos de vista. Los que consideran a la psicología clínica como un arte y hacen poco uso del laboratorio, se sitúan generalmente en un lado de la contienda, mientras que los que desconocen la importancia del juicio subjetivo y de otros aspectos aparentemente no científicos de la práctica psicológica, se encuentran en el otro bando. Estas diferencias de orientación de los psicólogos se deben a la amplitud de su campo, y no se limita a la controversia entre ciencia y práctica profesional.

Con respecto a dichas diferencias, paulatinamente con el desarrollo de la psicología clínica, comenzó su adopción de modelos teóricos que sustentaran su trabajo, tal es el caso del modelo conductual, el cual se incorporó en 1913, con John Watson (1878- 1958), como movimiento revolucionario dirigido contra el método de la introspección, heredado por la tradición observacionista y en defensa de una psicología objetiva, aunque a su vez también se interesó en el atomismo y el asociacionismo. Otros personajes de este enfoque son Edwin Holt, Edward Tollman, Kart Lashley, Albert Weiss, Waltes Hunter, Carl Hull y Burrhus F. Skinner.

Por otra parte, la psicología de la gestalt, surge a consecuencia de la disconformidad que prevalecía hacia el atomismo y el asociacionismo de la tradición observacionista y se oponía al análisis reduccionista de origen estructuralista o funcionalista. Caracterizándose por ocuparse de los procesos mentales y conductuales como un todo; a sus datos se les llama fenómenos. Su postulado básico es que todo es más que la suma de sus partes, y fue inaugurada oficialmente en Alemania a raíz de las publicaciones de Max Wertheimer (1880-

1943) en 1912. Algunos otros de sus precursores fueron: Christian Ehrenfels, Wofang Köhler, Kurt Koffka, Kurt Lewin, y Kurt Goldstein (Harrsch, 1997).

El psicoanálisis surge aproximadamente en 1900 como un movimiento notablemente distinto a la psicología de la gestalt y al conductismo, que emergieron en una atmósfera de bibliotecas y laboratorios, gracias al interés de Sigmund Freud (1856-1939) por el tratamiento de los desórdenes neuróticos, elaborando métodos que permitieran curar a sus pacientes, descubriendo los hechos olvidados de la vida anterior, e hizo investigación sobre motivación y personalidad aplicadas principalmente al campo clínico. Entre algunos otros representantes encontramos a Max Eitingon, Kart Abraham, Sandor Ferenczi, Ernest Jones, Otto Rank, Alfred Adler, Carl G. Jung y Theodor Reik (Harrsch, 1997).

Posteriormente Harsch (1997) considera que para el tercer decenio del siglo XX, el humanismo en contraste al conductismo y al psicoanálisis, parte de que los esfuerzos no solo deberían ir dirigidos hacia los enfermos, sino también a los sanos, es decir, que hay que partir del estado de salud y no de los desórdenes mentales, ello influenció al existencialismo que se recargó en la psicología clínica, y en especial en la psicoterapia. Entre los representantes de este movimiento humanista se encuentran Abraham Maslow, Gordon Allport y Carl Rogers y del existencialista sobresalen clínicos, psicoanalistas y filósofos como Rollo May, Igor Caruso, Victor Frankl que tomaron como punto de partida a Husserl, a Kierkegaard, a Heidegger y a Sastre (Harrsch, 1997).

Algunos otros movimientos colaterales que surgieron a principios del siglo XX son el introspeccionismo por Bergson, el operacionismo por Bridgman, la psicología intencionista por William McDougall, la psicología dinámica por Robert Woodworth, la psicología comprensiva por Wilhelm Dilthey, la psicología fenomenológica por Edmund Husserl, Kazdin, Crainghead, y Mahoney y la parapsicología por J. B. Rhine.

Entre los teóricos que se encuentran en el modelo de aprendizaje social como Skinner, Wolpe, Eynseck y otros teóricos que se han centrado en el comportamiento. Algunos miembros del campo de aprendizaje social consideran

que se ha prestado poca atención a la función que desempeñan los procesos cognoscitivos o simbólicos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Uno de los representantes mas distinguidos desde este punto de vista es Albert Bandura, que generó investigación acerca de la forma en que la actividad cognoscitiva contribuye al aprendizaje. Ha demostrado que los seres humanos adquieren conductas nuevas sin un reforzador obvio y hasta cuando carecen de la oportunidad para practicar el comportamiento. El único requisito para el aprendizaje puede ser que la persona observe a otro individuo. De acuerdo con ello, el comportamiento no se desarrolla exclusivamente a través de lo que aprende el individuo directamente por medio del condicionamiento clásico u operante, sino que también a través de lo que aprende indirectamente mediante la observación y la representación simbólica de otras personas y situaciones. Utilizó el termino determinismo recíproco para describir la interacción continua entre las variables conductuales, cognitivas, afectivas, fisiológicas y ambientales.

Es así, que del enfoque del aprendizaje social, se retoman conceptos que desarrollan consideraciones acerca del modelo cognitivo conductual, las bases de las técnicas utilizadas en este modelo fueron generadas por Lazarus y tienen sus raíces en los conceptos creados por Ellis como de Aaron Beck, los cuales empezaron como terapeutas formados psicoanalíticamente y cambiaron hacia un enfoque cognitivo, que enfoca el efecto de los pensamientos del individuo sobre su conducta y sentimientos. El razonamiento teórico que subyace aquí, es el afecto y la conducta de un individuo, estando determinados fundamentalmente por la forma en que este construye el mundo ayudando al individuo a identificar, contrastar con la realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias disfuncionales. A dichas conceptualizaciones distorsionadas Ellis las llamó ideas irracionales. Estas se refieren a cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que interfieren de forma importante en la supervivencia y felicidad del organismo.

De esta forma, nos hemos podido dar cuenta que en términos generales, la psicología clínica ha permitido una apertura en la utilización de herramientas

teóricas y prácticas, que han dado pie a la oportunidad de adentrarse en un amplio campo de acción, como lo ha sido la evaluación de personas o grupos que sufren de problemas emocionales o conductuales; identificar, clasificar y analizar problemas en el área de salud mental; investigación y enseñanza: evaluar y diseñar programas encaminados a la prevención y solución de problemas sociales; tratamiento: diagnóstico, pronóstico y recomendaciones terapéuticas, consultoría, y administración.

1.3 HISTORIA DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD

El nacimiento de la psicología de la salud, habría que situarlo probablemente en un contexto en el que tras los avances que se han alcanzado dentro del campo de la medicina, se ha puesto de relieve que la salud y el tratamiento de la enfermedad no sólo son una cuestión de tecnología que ponga una validez dogmática en todos y cada uno de los sistemas biológicos. De hecho, se reconoce que esto no es suficiente. La salud depende no sólo de lo que el sujeto tiene o no tiene, sino también de lo que hace o deja de hacer. En este sentido, las prácticas individuales y culturales que se adoptan para potenciar el estado de bienestar física y mental que es la salud, y están íntimamente relacionadas con el modo de entenderlo y explicarlo, y que esto corresponde a la psicología.

La creencia de que los factores conductuales en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud ha sido recogida desde hace milenios en los escritos de importantes religiones y civilizaciones, como China, Grecia y Roma. Por ejemplo, Demócrito se ha atribuido la siguiente frase: “los hombres ruegan a sus dioses por la salud; ellos no se dan cuenta de que tienen el control de sí mismos” (Díaz-Guerrero 1984, p.172, citado en Buela-Casal, 1991). En principio, los “buenos hábitos” y la “evitación de los excesos” de la medicina griega fueron considerados esenciales para una buena salud.

A pesar de que el surgimiento de la psicología de la salud es relativamente reciente, siendo introducida como área de investigación por la Asociación Psicológica Americana en 1978, sus objetivos son muy claros y están perfectamente delimitados.

Aún así, para elaborar dicha delimitación de la psicología de la salud se tuvieron que retomar conceptualizaciones de distintos modelos, algunos otros modificarlos, suplantarlos o replantearlos. De tales modelos, podemos mencionar en parte las conceptualizaciones acerca de la mente –cuerpo, el modelo biopsicosocial, la medicina psicosomática, la psicología médica, la medicina conductual y la psicología clínica. Finalmente, permitiendo concluir con una definición y delimitación de lo que la psicología de la salud es en este momento: es el área tecnológica de la psicología encargada del estudio del comportamiento individual y su relación con la salud biológica y social (Vargas, 2002)

Pero para poder entender mejor a lo que se refiere en cuanto a lo que es salud y a lo que es la enfermedad, habría que mencionar lo que se ha dicho acerca de ello. Por su parte, Buela-Casal (1996) menciona que el estado de salud ha estado en función de la ausencia de signos que provocan el funcionamiento inadecuado del cuerpo, o como la ausencia de enfermedad. No obstante, esto genera una serie de problemas derivados de considerar los términos de salud y de enfermedad como independientes, cuando en realidad no lo son por existir grados fusionados tanto de salud como de enfermedad. Aún así, el primer intento realizado para liberar la definición de la salud de su exclusiva vinculación con el bienestar físico fue realizado por la OMS en 1946, incluyendo en la salud, aparte del bienestar físico, el mental y el social, habiendo tomado en cuenta que la salud es un proceso social, producto de factores de la vida comunitaria.

Fue hasta finales del decenio de 1970 que comenzaron a cristalizarse las definiciones de la psicología de la salud. Por su parte, Suls y Rittenhouse (1987, citados en Phares, 1996) han señalado que existen una variedad de referentes históricos que llegan hasta Aristóteles. Inclusive entonces era bastante claro que ciertos procesos psicológicos podían culminar en la enfermedad física.

Las primeras conceptualizaciones estaban implicadas con el problema de la dualidad cuerpo-mente, que está íntimamente relacionada al tema de la salud y la enfermedad. Dicha relación tienen mucho que ver con las prácticas culturales que se adoptan dentro de cada sociedad, para definir aquello que es sano y con las prácticas terapéuticas para tratar las enfermedades.

En la Grecia antigua se consideraba que la mente y el cuerpo estaban esencialmente unidos, de tal manera que influían de un modo recíproco. De acuerdo con este planteamiento se entendía que la enfermedad se debía a causas naturales. Hipócrates es, probablemente, el mejor representante de esa tradición. Se plantea que mientras la salud era resultante de un estado de armonía del individuo consigo mismo y con el exterior, la enfermedad devenía de la ruptura de ese equilibrio por causas naturales. Ahora bien, dentro de las causas naturales se incluían tanto las de naturaleza biológica, como las relativas al comportamiento del individuo, así como a su personalidad.

Durante la Alta y Baja Edad Media se fue produciendo un cambio en esta concepción naturalista. Cada vez adquiría más prestigio el enfoque espiritualista de la enfermedad, debido a que la práctica médica quedó en manos de la Iglesia Católica. La enfermedad se pasó a ver como el resultado de la violación de una ley divina. La curación era vista, como el resultado de la fe y arrepentimiento del pecado.

Durante el Renacimiento se recuperó una cierta conceptualización de las enfermedades en términos naturalistas. Se vivió un renovado interés por el estudio de las ciencias. Por lo cual se defendió el dualismo cuerpo-mente, cuyo principal representante fue René Descartes que planteaba una separación de la mente con el cuerpo. Esto fue lo que dio pie a los planteamientos de las investigaciones biomédicas, omitiéndose así la importancia de los factores sociales o psicológicos en relación a la salud y enfermedad.

Ante las dificultades planteadas al modelo biomédico, se sugirió la necesidad de formalizar un nuevo planteamiento que permitiera comprender y controlar de una manera más completa a la enfermedad. De tal manera, se pretendió superar la formulación cuerpo-mente y el modelo biomédico. Es así que se plantearon conceptos biológicos, psicológicos y sociales como determinantes para la salud y la enfermedad, para lo cual este modelo fue llamado biopsicosocial y fue comprendido con la teoría de sistemas, según ésta, todos los niveles de organización en cualquier ente están relacionados entre sí jerárquicamente, y los cambios en cualquier nivel afectarían a todos los demás.

En un contexto interesado por un modelo holístico de salud, se abre toda oportunidad para que la psicología de la salud comience a esbozarse. Formalmente, para el año de 1940 la medicina psicosomática fue el primer intento que contribuyó a la investigación de la psicología de la salud. Se consideraba que cada enfermedad psicosomática tenía subyacente un conflicto inconsciente específico, que predisponía a la persona a ese trastorno. Fue desde el ámbito médico que se propusieron las relaciones entre las variables psicosociales y las alteraciones psicofisiológicas. Sin embargo, el término fue retomado de Heinroth en 1918 (Amigo, 1998) y con él se quiso dar cuenta de las relaciones entre los procesos psicológicos y las estructuras somáticas. Históricamente se han descrito dos momentos en la evolución de la medicina psicosomática. El primero comprende entre 1935 y 1960 y se caracteriza por la notable influencia del psicoanálisis. Y el segundo momento fue a partir de 1965, en el cual se observa un cambio en la orientación en esta disciplina. Buscando así, una base científica más sólida del conocimiento equiparable a la de la medicina, y se plantea la necesidad del desarrollo de técnicas terapéuticas eficaces para el tratamiento de la enfermedad psicosomática.

A pesar de esta notable evolución, las diferencias entre medicina psicosomática y la psicología de la salud se plantean de un modo evidente. El énfasis de la primera en la enfermedad y en el tratamiento frente al interés de la segunda en la salud y la prevención son algunos de los elementos de contraste que se acentúan si se atiende a la metodología o a las técnicas de intervención. Sin embargo, el interés casi exclusivo de la medicina psicosomática por el tema de la enfermedad, su inicial vinculación con la teoría psicoanalítica y su atención limitada a un pequeño grupo de alteraciones fisiológicas redujeron las posibilidades de esta disciplina para hacerse cargo de la temática de la salud en su sentido más amplio.

No obstante, en la búsqueda de la identidad de la psicología de la salud, también resuenan los conceptos planteados en la psicología médica, que según Asken (1979, citado en Amigo, 1998) su objetivo de estudio son los factores psicológicos relacionados con cualquiera de los aspectos de la salud física y la enfermedad, dirigida a su tratamiento médico a nivel del individuo, el grupo y los sistemas.

Desde esta perspectiva, dentro de la psicología médica cabría prácticamente todo. Se podría recoger en ella la medicina psicosomática en su primera etapa, se aceptaría la intervención psicológica en el ámbito desde posiciones teóricas distintas e incluso contradictorias o simplemente, cabría el uso de técnicas psicológicas para diagnosticar y evaluar la enfermedad física. A pesar de todo ello la psicología médica no ha podido englobar todo el ámbito del trabajo que abarca y caracteriza la psicología de la salud, ya que no pone en primer plano la salud como objeto de intervención.

Tal y como expresa el concepto, la medicina conductual nace como una extensión de la tradición teórica conductista, por lo cual su preocupación principal fueron las conductas de salud y enfermedad, las contingencias que las mantienen y los cambios necesarios para modificar dichas conductas. Schwartz y Weiss (1978 citado en Amigo, 1998) definieron a la medicina conductual como el campo interdisciplinario ocupado en el desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual, conocimiento y técnicas, relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de esas técnicas y ese conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

De esta línea son dos las diferencias fundamentales que pueden enfatizarse entre la psicología de la salud y la medicina conductual. En primer lugar, en la medicina conductual se pone el acento en la naturaleza interdisciplinaria en especial médica frente a la psicología, y se presenta no como una rama de la psicología y en segundo lugar, mientras que la medicina conductual se centra más en el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, la psicología de la salud se preocupa más del ámbito de prevención y promoción, además de ser manejado por psicólogos.

Dejando a un lado las corrientes que influyeron en las conceptualizaciones de la psicología de la salud y retomando un poco más los sucesos más importantes a nivel social que contribuyeron al nacimiento de ésta, podemos darnos cuenta que para los años de 1960 en adelante, las principales enfermedades infecciosas se superaron. Las profesiones de ayuda comenzaron a volcar su atención hacia dos de los devastadores; las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Muchas

conductas tales como ingestión excesiva de alimentos, el tabaquismo y el alcoholismo, comenzaron a identificarse cada vez más como los principales factores correlativos de estas enfermedades. Se comenzó a destacar no solo el proceso patológico en sí, sino también las conductas asociadas, cuya reducción o eliminación podrían disminuir la vulnerabilidad de los individuos ante la enfermedad.

Numerosos informes sobre la salud y la conducta se publicaron para la sensibilización de que la comprensión de la patogénesis, el tratamiento y la prevención de la enfermedad crónica, no podía y no debía ser realizada únicamente por la biomedicina. Y el reconocimiento por parte de la OMS de los factores conductuales, tales como el estilo de vida, motivación, conformidad e interrelaciones psicofisiológicas hizo que tomara una nueva significación la psicología de la salud, en nuestros esfuerzos hacia la prevención, y el control de la enfermedad.

De esta manera, la psicología de la salud desde sus orígenes hasta su consolidación como alternativa relevante al modelo de enfermedad en el fomento de la prevención y promoción de la salud, puede resumirse en una serie de etapas importantes según Rubinson y Alles (1984, citados en Buela-Casal, 1996):

- El desarrollo de la enseñanza de la higiene (1850-1900).
- La higiene incluida en los programas escolares (1900-1920).
- La realización de investigaciones y la demostración de proyectos que generan la clasificación de la importancia de la prevención y promoción en la salud (1920-1935).
- La preparación profesional de educadores para la salud (1935-1950).
- El refinamiento de la preparación profesional junto con el incremento de la investigación y la clarificación de los propósitos profesionales (1950-1970).

Por otra parte, de entre los factores que contribuyeron a fortalecer el campo de la psicología de la salud es la importancia que se le dio al enorme costo de atención de salud que pesaba y arruinaba a los gobiernos. Cosa que provocó atraer la atención del público, de los políticos y de la comunidad científica hacia estos

factores conductuales que están en la etiología y mantenimiento de una gran cantidad de enfermedades crónicas. Se volvió claro que las enfermedades infecciosas ya no eran los principales culpables en este caso. Una gran parte del costo de la atención a la salud se contribuyó a los programas de prevención dirigidos específicamente a la conducta y estilos de vida deficientes del ser humano, que daban como resultado, lesiones, accidentes, envenenamiento, infecciones y otros semejantes, y de esta manera, evitar la dependencia de la tecnología biomédica en el tratamiento de la enfermedad. (Buela-Casal, 1991).

Todo lo anterior encaja por motivos obvios a las necesidades sociales que a través del desarrollo cultural de occidente han sido demandadas, como lo es la necesidad de autocontrol; ya que hemos entrado en lo que ha sido llamado “la era del consumismo”, en la que los individuo desean tener una gran implicación en los eventos que afectan a sus vidas y por eso están intentando ejercer mayor control sobre su destino. Como se dijo, todo esto coincide perfectamente con el desarrollo futuro de la tecnología comportamental caracterizada por los procedimientos para ejercer menor vulnerabilidad sobre su bienestar físico.

CAPITULO 2. PSICOLOGIA DE LA SALUD

Es de la naturaleza humana la necesidad de comprender el suceder de su ser, y de su afectación mutua con su entorno, y de hallarle sentido a todo lo que sucede en su existencia, pareciera ser que los motivantes en este entenderse, es el sentir que de tal forma se es controlante y modificante de lo que no había podido comprender, de tal manera no sentir la vulnerabilidad de su ser ante lo desconocido. Es de este interés que emerge el intento de entender y controlar la enfermedad, de la que tanto nos preocupa y ocupa.

De esta necesidad, surge una de las tantas posturas que intentan entender, explicar y controlar este fenómeno: la psicología de la salud forma parte de la creencia de que los factores comportamentales contribuyen a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud.

Sin embargo, antes de realizar una revisión a lo que es la psicología de la salud, es importante hacer de manifiesto lo que es entendido como salud y como enfermedad.

Para ello Buela-Casal (1996) menciona que: “el hecho de que se defina el estado de salud en función de la ausencia de signos que provocan el funcionamiento inadecuado del cuerpo, o como ausencia de enfermedad, genera una serie de problemas derivados de considerar los términos de salud y de enfermedad como independientes, cuando en realidad no lo son, por existir grados tanto de salud como de enfermedad. De acuerdo con esto, Ryan y Travis (1981, citados en Buela-Casal, 1996) mencionan que ambos conceptos no se pueden delimitar por separado, ya que pertenecen a un continuo que va del extremo negativo, que incluye la presencia de procesos destructivos con signos, síntomas e incapacidades características (enfermedad), al extremo positivo, en el que el bienestar físico, mental y social es el estado dominante (salud)”.

En Díaz (2001) se afirma que el primer intento realizado para liberar la definición de salud de su exclusiva vinculación con el bienestar físico fue realizado por la

OMS en 1946, incluyendo en la salud, aparte del bienestar físico, el mental y el social, definiéndose no solamente como la ausencia de la enfermedad o invalidez. No obstante, Córdova (1987, citado en Buela –Casal, 1996), contribuye en su definición a que el individuo saludable, es aquel que puede desarrollar una capacidad, para que de forma activa, pueda cambiar su situación vital y pueda funcionar al máximo de su capacidad y satisfacción percibidas; teniendo en cuenta, además, que la salud es un proceso social, producto de factores de la vida comunitaria.

Por lo anterior, es necesario describir lo que es bienestar social, bienestar mental, y bienestar físico. De esta manera, la salud social puede ser entendida, en cuanto a que los individuos en constante interacción, realizan contribuciones y las reciben de otros, de una manera establecida o considerada como positiva dentro de su misma comunidad. Por otra parte, el bienestar mental, pudiera ser considerado como el estado en el que el individuo es activamente capaz de funcionar desde el campo del pensamiento, para inducirlo al campo comportamental. Y de igual manera, en cuanto al bienestar físico entendido como el estado funcional del organismo biológico.

Desde estos planteamientos, Milton Terris (1975, citado en Greene, 1998), identifica dos aspectos principales de la salud: uno subjetivo y uno objetivo. El aspecto subjetivo se relaciona a sentirse bien, en tanto que el aspecto objetivo se refiere a la habilidad para funcionar. La cualidad de sentirse bien como criterio de la salud no sólo es una manera directa y franca, sino única en cuanto al control potencial que presta al individuo sobre su propia salud. Aún cuando es influenciado obviamente por una variedad de estímulos externos, los sentimientos mismos se originan dentro de la mente del individuo; es decir, las percepciones se hacen más importantes para la salud que la realidad de nuestras propias circunstancias. Por tanto, muchas personas catalogadas como “discapacitadas” gravemente, pueden alcanzar niveles muy altos de acuerdo a su funcionalidad, en tanto, que otros clínicamente “sanos” se convierten en seres deprimidos de manera severa.

Por su parte René Dubos (1965, citado en Díaz, 2001) manifiesta que los estados de salud o enfermedad son la expresión del éxito o fracaso por el organismo, en su esfuerzo por responder, adaptándose a los cambios del medio ambiente.

No obstante, Milton Terris (1975, citado en Greene, 1998) hace una distinción entre enfermedad y dolencia: define enfermedad como el defecto o mal funcionamiento dentro de un ser; en tanto que, dolencia es la presentación visible de síntomas que nos hacen sentir afligidos. De esta manera, la enfermedad puede presentarse sin dolencias. Sin embargo, la salud y la enfermedad no pueden excluirse mutuamente como se mencionó anteriormente.

Es así, que podemos considerar a la salud, como un estado de bienestar holístico óptimo, en cuanto al equilibrio entre el bienestar y la funcionalidad del organismo, de la mente y del ambiente (social), las investigaciones han dedicado una atención especial a la conducta humana, debido al papel relevante de la misma en el fomento del bienestar, y sabemos que es de este campo que se encarga la psicología, es por ello que psicología y salud se fusionan para crear el concepto y campo de aplicación de psicología de la salud.

La psicología de la salud es un área de especificidad dentro de la psicología. Es un término más específico de la disciplina que se refiere al papel principal de la psicología como ciencia y profesión en la medicina conductual. Incluye la práctica relativa a la salud, la investigación y la enseñanza de parte de muchos tipos de psicólogos –clínicos, sociales, industriales, fisiólogos y demás-. La psicología de la salud se ha definido de manera específica como:

"La psicología de la salud es el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología para el fomento y preservación de la salud, la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, así como la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas." (Phares, 1996 p.452)

Por otra parte, Buela-Casal (1996), en principio define a la salud como un estado integral de bienestar, algo más que la mera ausencia de enfermedad. Por tanto, la salud implica sentirse bien, tanto consigo mismo como con las relaciones con el

entorno social y ambiental. Según esto, la salud depende de una relación de equilibrio entre tres factores: organismo, conducta, ambiente (físico y social).

Este modelo biopsicoambiental resulta de gran utilidad para explicar la génesis y el mantenimiento de las enfermedades crónicas o funcionales que se han convertido en las actuales “plagas del mundo occidental”. Enfermedades como el cáncer, el SIDA, el estrés, etc., no pueden ser explicados por los clásicos modelos de enfermedad, dado que la causa no está en el organismo sino en la interacción organismo-conducta-ambiente. Por tanto, el objetivo ya no es tratar la enfermedad, sino corregir y mantener un equilibrio entre estos tres factores. Así, la psicología adquiere un papel fundamental en el abordaje de este tipo de enfermedades. Sin embargo, su definición acerca de la psicología de la salud es la siguiente:

“La psicología de la salud es el campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad.” (Buela-Casal, 1996 p.8)

Por otra parte, Amigo (1998) realiza una contribución a estos conceptos, donde además de lo anterior mencionado, manifiesta que la psicología de la salud busca mejorar el sistema sanitario y la formulación de una política de la salud.

Es así, que la psicología de la salud puede considerarse como un área de especialización de la psicología que nace para dar respuesta a una demanda sociosanitaria. Los psicólogos de la salud, procedentes en su mayoría de la psicología clínica y de la medicina conductual, fueron adaptando sus técnicas a un nuevo campo de aplicación, en el cual, además de la rehabilitación, es necesaria la prevención, y la promoción de la salud. Por otra parte, aunque siguen el modelo conductual en cuanto a contenidos y posición teórica, los psicólogos de la salud

también utilizan el modelo psicométrico puesto que ya no se trabaja solamente a nivel individual, sino de una comunidad.

Permitiéndome concluir con una definición y delimitación de lo que la psicología de la salud sirve a este trabajo, puede decirse que es el área tecnológica de la psicología encargada del estudio del comportamiento individual y su relación con la salud biológica, y bienestar social (Vargas, 2002).

2. 1 OBJETIVOS DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD

En este contexto, la división de Psicología de la Salud de la Asociación Americana de Psicología (APA) ha establecido diez objetivos prioritarios para la psicología de la salud (Buela-Casal, 1996 p. 7):

1. Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de salud y el tratamiento de las enfermedades.
3. Comprender la naturaleza de la respuesta del estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
4. Entender cómo los métodos y técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
5. Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear o incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.
6. Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
7. Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que

afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a las relaciones médico-paciente se refiere.

8. Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y cómo se combinan éstos para mejorar la eficacia del tratamiento.
9. Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.
10. Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

2.2 LA ACTIVIDAD DEL PSICOLOGO DENTRO DEL AREA DE PSICOLOGIA DE LA SALUD

Dado que la salud es una entidad muy amplia y compleja, los ámbitos de aplicación de la psicología de la salud son múltiples, pudiendo desempeñar en cada uno de ellos variedad de funciones en diferentes contextos, aún cuando su origen y práctica habitual haya sido, de modo especial, el marco de la psicología clínica.

Buela-Casal (1996 p.917) menciona que la psicología de la salud, por sus bases científicas, es un campo profesional ecléctico y, por lo tanto, cuando se pretende delimitarla no es posible seguir los supuestos característicos ni las características de un modelo único, sino que es preciso recoger lo que cada uno puede aportar. De esta forma, cabe especificar la tarea o meta que los diferentes profesionales implicados deben desarrollar hacia la consecución del bienestar biopsicosocial en los distintos sectores comunitarios, pues la salud hay que entenderla en un sentido amplio en cualquiera de sus niveles de trabajo.

- La promoción y el mantenimiento de la salud a través de programas escolares de educación para la salud y de campañas para motivar estilos de vida y conductas saludables.
- La prevención y el tratamiento de la enfermedad por medio del desarrollo de programas de rehabilitación y de medidas preventivas.

- La identificación de enfermedades y sus causas, lo que permite constatar la relevancia de los factores de personalidad, o la participación de procesos preceptúales y fisiológicos específicos en ciertos problemas de salud.
- La mejora del sistema de cuidado de la salud y de la política sanitaria, investigando el grado con el que los pacientes pueden verse afectados por las características de los hospitales, por el personal medico, los costos médicos, etc.

Desde este establecimiento de actividades que el psicólogo realiza dentro del área de la psicología de la salud, en cuanto a prevenir y tratar la enfermedad, mantener y promocionar la salud biológica, mental y social, lo que interesa en el presente trabajo son las actividades relacionadas a la prevención de enfermedades y problemas sociales, mediante la promoción de comportamientos que favorezcan a la salud, por ello, es necesario ampliar dicho tema.

2.3 NIVELES DE PREVENCION EN SALUD

Fernández-Ríos (1994) realiza una distinción entre tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

Según Caplan (1980, citado en Fernández-Ríos, 1994) la prevención primaria es un concepto que implica la disminución de la proporción de casos nuevos de trastornos en una población durante cierto período de tiempo; contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que tengan ocasiones de producir enfermedad. Es decir, reducir riesgos en la población.

Por otra parte para Goldston (1977, citado en Fernández-Ríos, 1994), la prevención primaria constituye un conjunto de actividades dirigidas específicamente a identificar los grupos vulnerables de alto riesgo que no han sido etiquetados como enfermos y no están en contacto directo con un factor de riesgo, y para los que se pueden emprender medidas, con el objetivo de evitar el comienzo de un trastorno. Esto mediante la promoción del crecimiento sano de los individuos; incrementar la comprensión comunitaria y el conocimiento de recursos;

incidir sobre las prácticas organizacionales; influenciar la política social; favorecer las coaliciones interorganizacionales; ampliar el papel de los técnicos de salud.

Sin embargo, Catalano y Dooley (1982, citado en Fernández-Ríos, 1994) realizan una diferenciación que tiene que ver con las dos anteriores conceptualizaciones. Dentro de la prevención primaria se distinguen la *proactiva* y la *reactiva.* La primera se dirige a estrategias de acción que intentan prevenir la ocurrencia de factores de riesgo. Hace referencia a demandas de adaptación a estresores que pueden venir de un contínuo que va del microsistema al macrosistema. Un ejemplo de prevención primaria proactiva puede ser la educación de salud mental para parejas o personas que esperan tener un hijo, con los objetivos de que presente prácticas familiares no patológicas. Por lo que atañe a la *reactiva* su objetivo es preparar al sujeto para reaccionar de forma efectiva ante una situación estresante. Un ejemplo, podría ser la educación en habilidades para confrontarse de forma exitosa con una situación de divorcio. Es decir, en la *proactiva*, se pretende que el individuo no cree o esté en contacto con situaciones de riesgo y en la *reactiva* se espera que el sujeto al estar en una situación de riesgo sepa afrontarla lo más efectivamente posible.

Por su parte, Buela-Casal (1996) describe que en el nivel de prevención primaria, la atención se dirige a aquellos factores o condiciones del medio, tanto físico como humano, asociadas a la aparición de determinados problemas, con el fín de modificarlas para que no sean causa de problemas futuros. De igual forma, desde la prevención primaria, se trata de potenciar o fomentar en los sujetos diferentes recursos o conductas saludables que puedan neutralizar la futura aparición de problemas. En el segundo nivel, denominado de prevención secundaria, la atención se dirige a la detección temprana de los casos o conductas de riesgo relacionadas con los diferentes trastornos o problemas, con el objeto de modificarlos cuando aún los problemas que puede generar, se encuentran en una fase incipiente. Por último, dentro de un programa de prevención terciaria, el énfasis es puesto no tanto en la rehabilitación del paciente, sino en la prevención de recaídas a través de programas y estrategias terapéuticas conducentes a tal fin.

Por otra parte, Caplan (1989, citado en Fernández-Ríos, 1994) conceptualiza la prevención secundaria como aquella que tiene como objetivo la reducción de la enfermedad, haciendo descender la proporción de casos declarados al acortar su duración mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo.

En términos de salud, se puede decir, que mientras la prevención primaria presenta como objetivo la reducción de riesgos y de incidencia de enfermedades o trastornos, la prevención secundaria trata de reducir la prevalencia de dichas enfermedades.

Por lo que se refiere a la prevención terciaria, Caplan (1989, citado en Fernández-Ríos, 1994) argumenta que ésta pretende reducir la proporción de funcionamiento defectuoso debido a trastornos, al actuar mediante la rehabilitación de los pacientes para devolverles su máxima capacidad productiva. Sin embargo, esta conceptualización no se trata específicamente de prevención, sino también de rehabilitación. En la actualidad algunos autores ya no utilizan dicho concepto.

Por su parte Jáuregui (1998) sugiere manejar la terminología en prevención primaria, como prevención; en prevención secundaria, como intervención; y prevención terciaria, como rehabilitación.

Aún con el dilema de las conceptualizaciones en las diferentes modalidades de prevención, es más trascendental considerar la importancia que recae en que unas conductas podrían reducir de manera notable el costo de aflicción humana. Sin embargo, entre el que estén informados de dichas conductas y hacer que las personas se las apropien, son dos cosas muy diferentes. Por tanto, los psicólogos de la salud, como especialistas del comportamiento humano han puesto atención en la prevención de conductas potencialmente dañinas en la salud y en la promoción de comportamientos que conduzcan al bienestar.

2.4 COMPORTAMIENTO Y PREVENCION DE PROBLEMAS SOCIALES EN EL AMBITO DE LA SALUD

Lo aceptemos o no, todos tenemos que enfermar, la enfermedad es inherente a la existencia humana, es posible lamentarse de no haber adoptado más o mejores

estrategias de prevención de la enfermedad por diferente motivos, sin embargo, los anhelos del ser humano parecen ir más allá de su devenir, o más bien, su devenir lo ha reconceptualizado al hacer un intento de controlarlo en lo posible; dentro de este intentar, se da pie a la prevención de la enfermedad. Sin embargo, para ello, es necesario realizar modificaciones en pautas comportamentales e ideológicas, que en muchas ocasiones culturalmente están muy arraigadas.

Si tomamos en cuenta que la salud es el equilibrio y la armonía de todas las posibilidades de la persona humana, biológicas, psicológicas y sociales, este equilibrio exige, de una parte, la satisfacción de las necesidades fundamentales de los seres humanos, como las afectivas, nutricionales, sanitarias, educativas y sociales, y de otra parte, una adaptación permanente del hombre a un ambiente en mutación perpetua (Díaz, 2001). Todo ello conlleva a acciones en el ámbito comportamental de todos los individuos, somos nosotros mismos los que propiciamos las condiciones necesarias para cubrir estas necesidades o destruirlas, es así que, desde el cambio social podemos prevenir y promocionar la salud.

El cambio social en cuanto a modificar estados de bienestar en salud, es una necesidad que surge de la misma sociedad. Sin embargo, para provocar un cambio social, es necesaria una alteración de sus estructuras básicas. Según Moore (1971, Díaz, 2001) el cambio social es la alteración apreciable de las estructuras sociales (los patrones o pautas de acción conductual de los individuos en sociedad, incluidas las consecuencias y manifestaciones de esas estructuras que se hallan incorporadas a las normas (reglas de comportamiento), a los valores, a los productos y símbolos culturales.

Una de las herramientas que la psicología de la salud incorpora en dichas necesidades sociales en cuanto a salud se refiere, es mediante la prevención, además habría que hacer un énfasis que aquí, al hablar de cambio, se está haciendo referencia a un cambio planificado. Según Lippitt (1970, citado en Díaz, 2001) un cambio social planificado se conceptualiza como aquel cambio que se origina en una decisión de esforzarse deliberadamente para mejorar el sistema con la ayuda de un agente exterior. En este sentido, el agente exterior serían los

programas dirigidos a la prevención de la enfermedad mediante la promoción de la salud, a través de una intervención conscientemente guiada, de manera que modifique el sistema, actuando sobre los factores que influyen negativamente en la estructura de acción relacionada con la salud de los individuos en su estilo de vida a nivel individual o colectivo.

Toda prevención tiene que hacer énfasis tanto en el individuo como en el clima social y cultural que el sujeto vive. De manera que es necesario que se revisen las condiciones objetivas de la vida en que viven los hombres, y la percepción individual y social de sí mismos, en una problemática específica, es decir, las representaciones sociales de dichas circunstancias.

Es por eso, que al hablar de prevención, aquí se hace énfasis en las conductas preventivas. De alguna forma, la promoción de la salud tiene la dimensión de la inmunogénesis conductual, puede que el individuo que no haga prevención, no está promoviendo su salud, ni a nivel individual, ni comunitario.

Según Díaz (2001) hace referencia a que la prevención no es, o por lo menos no debería ser, única y exclusivamente una cuestión de motivaciones, sentimientos, procesos psicológicos inconscientes, etc., sino prioritariamente de conductas y estilos de vida. Los factores cognitivos-motivacionales, las emociones, la tensión psicológica crónica, etc. también influyen directa o indirectamente sobre las posibilidades de promoción de la salud a nivel social.

Fomentar estrategias de cambio a través de la participación comunitaria puede ayudar a realizar la unidad y cohesión del grupo. Miller (1968, citado en Díaz, 2001) reconoce que las dificultades y problemas psicológicos de los individuos, disminuyen cuando se involucran en algún compromiso, actividad o movimiento social. De forma general, por lo anterior en cuestiones de prevención los problemas tal vez puedan ser solucionados de forma más efectiva en grupo, que individualmente (Varela, 1971 citado en Fernández-Ríos, 1994).

Sin embargo, desde otra opinión, sabemos que algunos errores en el autocuidado pueden llegar a ser, en cierto sentido, crímenes contra la humanidad, puesto que la sociedad tiene que pagar por sus consecuencias. Díaz (2001) considera que por lo tanto, el dejar de estar sano, debe ser culpa de alguien y se presupone que el

individuo debió haber hecho algo erróneo. La enfermedad se ha utilizado como prueba de mala conducta. Como de igual manera Fritzgerald (1994 citado en Díaz, 2001), considera que el avance hacia la racionalización de los cuidados de salud, está haciendo de la asociación entre vicio y enfermedad una norma pública, y que puede correrse el riesgo de considerar que aquellos que no están sanos, han adoptado malas conductas, unas admitidas y otras condenadas socialmente. Cuando la enfermedad y culpabilidad son entrelazadas, no es sorprendente que comportamientos antisociales sean interpretados frecuentemente como enfermedad, y a la inversa.

De este problema resulta que al poner de manifiesto la palabra prevención comportamental, diferentes implicaciones provoca a las personas a nivel individual. Cuando se afirma que en cierta medida la prevención tiene las dimensiones del comportamiento, se pone de manifiesto que en múltiples ocasiones importa más lo que el individuo hace, que lo que siente. Por ejemplo, si un individuo se siente incómodo por no fumar, se aburra en una autopista por no poder circular a una elevada velocidad, se enfade por no tomar el alcohol que desea o se rompa su ritmo de vida sedentario por hacer ejercicio físico, es decir, que se sienta incómodo o con malestar por prevenir y salvaguardar su salud.

Los hábitos adquiridos tempranamente nos plantean grandes costes en su ejercicio en edades posteriores, en su implantación van a influir los hábitos que ya existen en su cultura de pertenencia, en la clase social, en la familia y van a estar relacionados con el momento histórico o las modas. Cuando hábitos saludables no se adquieren en edades tempranas, aparecen dificultades en las edades adultas.

El prevenir la salud futura, en muchas ocasiones conlleva la reducción de conductas de consecuencias agradables inmediatas, y la aparición de otras que suponen un esfuerzo. En el campo de la nutrición los intentos de reducción de peso en personas obesas implica: dejar de comer alimentos que gustan y cantidades que consideran satisfactorias, con lo que las consecuencias pueden ser reducir el número de gratificaciones y la aparición de sensaciones aversivas como el hambre (Bayés, 1989 citado en Buela-Casal, 1996). Es decir, muchas de las conductas que pueden ser perniciosas para la salud, como las prácticas

sexuales poco seguras, llevan casi siempre una gratificación inmediata que las refuerza positivamente, los hábitos de salud, por el contrario, suponen casi siempre una demora de la gratificación, por lo que cuando ambos tipos de conducta entran en controversia, existe una menor probabilidad de ocurrencia de llevar a cabo conductas saludables (Amigo, 1998).

Por ejemplo, en el caso del SIDA los fenómenos son similares. Están implicadas conductas muy gratificantes a corto plazo: sexo y drogas. Las teorías de Frestinger sobre la disonancia cognitiva, aparecen claramente de forma empíricas. La tensión provoca una toma de decisión en una situación de doble atracción-rechazo, se suele resolver con el mantenimiento del hábito, cuando no intervienen otros factores, unido a la fuerza que ejercen los refuerzos a corto plazo (Buela-Casal, 1996).

Siguiendo la línea de la toma de decisión ante comportamientos de riesgo, hay un elemento clave denominado “percepción de riesgo” (Becker, 1974 citado en Buela-Casal, 1996). Es de absurda relevancia en el fracaso de los cambios y por lo tanto en la transmisión del virus. Por ejemplo, las primeras experiencias sexuales: es infrecuente que una primera relación sea prometida y preparada de antemano de forma que se disponga de medidas preventivas para evitar el embarazo o infecciones de transmisión sexual. Los jóvenes tienen normalmente información suficiente, pero a medida que la posibilidad de aparición de un intercambio sexual aumenta, no se piensa o no se cree que exista riesgo en esa situación en concreto, la otra persona es joven, frecuentemente conocida y “es seguro que esta sana”. Pero si la persona no es conocida, “por una vez no voy a tener tan mala suerte”.

En un instante, toda la información deja de ser eficaz; por este motivo se hace necesario que se prevenga desde la percepción de riesgo. Nunca de forma amenazante para evitar efectos paradójicos o puntos críticos de inflexión de la conducta. La percepción de riesgo, mantiene una estrecha relación con la teoría sobre la percepción de control y sus aplicaciones sobre actitudes y comportamientos. Las intervenciones para modificar el “locus de control” son útiles en su aplicación al cambio de percepciones sobre el riesgo personal.

Desde este punto de vista, habría que plantearnos si nos conformaríamos con que el sujeto hiciese o emitiese conductas de prevención de enfermedad independientemente de lo que piense o sienta. Ya que en este caso, para algunas personas la prevención implica el comportarse de cierta manera, lo cual les es amenazante a causa de que se restringe su libre albedrío.

No obstante, partimos del supuesto de que un determinado sujeto se puede comportar de una manera racional y conscientemente lógica. El sujeto puede conocer lo que debería hacer a nivel de inmunogénesis conductual y sin embargo se autojustifica, se autoengaña en su patogénesis conductual cotidiana. Las personas pueden saber que fumar, tener una sobrecarga de alcohol, de droga, etc., son perjudiciales para la salud y, sin embargo, emiten esta patología conductual. Se lleva una dieta sana por unos determinados cánones de belleza, no porque exista una motivación para mejorar la salud (Fernández-Ríos, 1994).

De esta manera, en donde se establece que el estilo de vida afecta nuestra salud y el sentido de bienestar, podemos afirmar que son los hábitos, la actitud, las conductas y las estrategias de enfrentamiento, las que controlan hasta cierto grado nuestra salud, en cuanto a contraer enfermedades crónicas, infecciones, accidentes o lesiones.

Por otro lado, Amigo (2001) menciona que en el momento en que aparecen algunos síntomas inesperados, muchas personas deciden iniciar un cambio en ciertas conductas de salud. En este caso los síntomas se suelen considerar como una señal de un problema biológico, y los cambios que se producen en las conductas de salud, constituyen una manera de reducir el riesgo percibido. Sin embargo, la influencia de estos síntomas suele ser sólo transitoria, o de hecho, los individuos suelen retomar hábitos no saludables una vez que ha cesado el síntoma. Además de lo anterior, el autor también menciona que los estados emocionales pueden modificar notablemente las conductas de salud. Así por ejemplo, situaciones de ansiedad o de aburrimiento, suelen ser potenciales desencadenantes de conductas dañinas.

Es decir, el individuo al no encontrar un catalizador de placer en su propia vida en interacción con su entorno, provoca en sí, emociones que lo llevan a buscar otro

de una manera artificial, lo cual conduce a que obedezca a conductas del tipo que lo gratifiquen enseguida. Sin embargo, por la complejidad de verificar cada caso en individual, de lo cual se encarga la psicología clínica, es más práctico hacer de utilidad otros factores en los que se pueda incidir más a nivel comunitario.

Desde este punto de vista, en Buela-Casal (1996) se hace manifiesto que los diferentes estudios en el campo de la salud ha puesto a la luz, que ciertos factores como la polución ambiental, algunas condiciones sociales dañinas, fumar cigarrillos, la ingesta de alcohol, la ausencia de práctica regular de ejercicio físico, entre otros, entrañan un grave riesgo, y se hallan presentes en la mayoría de las enfermedades crónicas. A partir de estos trabajos se destaca que el control de dichos factores, es posible suscitando cambios en los estilos de vida de las personas.

Ciertamente, hay muchas personas cuyos estilos de vida incluyen conductas que actúan como factores de riesgo para la salud, pero evidentemente también existen individuos que realizan conductas protectoras de su salud, no obstante es algo que cambia mucho a través del tiempo, y no depende de un simple conjunto de actitudes o tendencias, tampoco supone que estos individuos no tengan otros hábitos perjudiciales. De hecho, una persona puede fumar por tener una baja motivación social y, al mismo tiempo, ser capaz de realizar una dieta equilibrada. Sin embargo, con frecuencia tales conductas se encuentran profundamente arraigadas a los valores culturales o necesidades y expectativas personales. En cualquier caso no se pueden modificar con facilidad.

En realidad, aunque la mayoría de los individuos son capaces de describir multitud de conductas relacionadas con la salud, porque poseen el conocimiento necesario para saber lo que le puede afectar positiva o negativamente, no asegura que se practiquen, pues son muchos los factores que inciden sobre las prácticas de la salud de la gente. A pesar de que la información sea muy necesaria, en modo alguno es suficiente para modificar el comportamiento. De acuerdo con Polaina (1987, citado en Buela-Casal, 1996), además de la información, deben ser considerados los factores que influyen en el mantenimiento o no de la salud.

De tal forma, estos factores pueden ser de tres tipos: biomédicos, psicológicos y sociales. En relación a los primeros, existen diferencias entre los individuos por las variaciones posibles en cuanto a los distintos procesos fisiológicos, y en cuanto por ejemplo, a la exposición a microorganismos resistentes que pueden generar de modo frecuente que ciertas personas se encuentren más enfermas o débiles. Sin embargo, los factores psicológicos y sociales están siempre presentes en las prácticas habituales de salud, las cuales dependen de lo que las personas por ellas mismas pueden hacer por y para su salud. Concretamente, se sabe que ciertos estilos de vida condicionan uno de los problemas principales de salud, que es la enfermedad crónica, por lo que estos estilos de vida son considerados como factores de riesgo al ser directamente causa de dicha enfermedad. Pero, a pesar de que la mayoría de las personas saben que la práctica de las conductas saludables puede reducir sustancialmente el riesgo de una enfermedad o la muerte prematura, lo cierto es que muchas personas no lo llevan a cabo por diferentes motivos, como lo es el placer inmediato que brindan a menudo las conductas menos saludables.

Por otra parte, se menciona que el comportamiento humano sería erróneo reducirlo a una mera relación psíquica o fisiológica, depende de los condicionamientos biológicos, psíquicos, culturales, socioeconómicos, e históricos. Pues, aunque los riesgos para la salud están en el ambiente social, también el comportamiento de las personas favorece, directa o indirectamente, la exposición a riesgos elevados de enfermar o morir. Desde este punto de vista, los factores físicos que incluyen la herencia y la constitución biológica, pueden originar una mayor o menor predisposición a la enfermedad, sin embargo, los factores psicológicos son los más numerosos, y de entre los más investigados con relación a su influencia sobre la salud, cabe destacar el conocimiento y creencias de los individuos acerca de su salud, el valor que le dan, las actitudes hacia los comportamientos positivos o negativos, el grado en que se siente responsable del control de su propia salud, la autoestima y el autoconcepto y los rasgos depresivos y el estrés (Buela-Casal, 1996) o la autoeficacia, el sentimiento de competencia, la percepción real o ilusoria de control (Ríos, 1994) además de la educación con

referente a lo permitido o prohibido del rol asignado, y del cual se apropia y juega cada individuo dentro de su contexto cultural.

Desde este punto de vista, Greene (1998) menciona un modelo de salud basado en las creencias, el cual buscaba reducir la multitud confusa de asuntos que podrían afectar nuestra decisión para llevar una acción de la salud en particular, a un grupo tratable de factores prioritarios. La idea de la cual parte, es que las cosas reales y los eventos reales no tienen efecto sobre las decisiones. Son más bien nuestras percepciones de estos objetos o eventos lo que es importante. Muchos factores pueden ocasionar, y por lo general lo hacen, modificaciones únicas en este proceso de percepción. De esto, podemos dilucidar que aunque varios individuos pueden estar expuestos al mismo evento físico, la percepción que llegó a ellos varía considerablemente, dependiendo de las condiciones particulares inherentes a las diferencias entre individuos. Es así, que cada creencia, por tanto, consiste de dos componentes: un elemento cognoscitivo (por ejemplo, lo que podría suceder); y un componente afectivo (por ejemplo, que tan importantes son las consecuencias o beneficios).

Desde éste modelo, se ponen de relieve algunas categorías de creencias, como determinantes de si se toma o no un curso de prevención del comportamiento en pro de la salud que se ha recomendado. Uno es la seriedad percibida: la gente con frecuencia no puede responder a sugestiones de que se aplique una medida precautoria, porque no consideran que la influencia de la enfermedad pueda ser seria, por la falta de confirmación social con respecto a ello. La susceptibilidad percibida, también implica que las personas consideren que la naturaleza y la intensidad de cierto fenómeno es improbable que sea capaz de llegar a ellos, quizá por no sentir que son parte de la proporción estadística más afectada o por no sentir que realizan prácticas, las cuales comúnmente son mas propicias a contraer cierto problema. Por otra parte, los beneficios percibidos son otro factor que por lo general, hace que los individuos puedan creer que la acción recomendada sólo los beneficiará si se cumple en su totalidad y desde un principio, antes de haber comenzado a destruir su salud. Finalmente, las barreras

percibidas, también puede considerar que el dejar de comportarse dañinamente, es difícil, molesto, aburrido, etc.

Sin embargo, no hay que olvidar que existen otros determinantes externos que pueden motivar a que los sujetos tengan limitadas alternativas para motivarse a construir un bienestar en salud. En este sentido, Vargas (1993) describe más determinantes externos para la salud, como lo son los factores Médicos: normas del sistema de salud, calidad de los servicios, características de las instalaciones médicas, disponibilidad en la participación del personal médico; Ecológicas: contaminación, degradación ambiental, medidas de protección al medio ambiente; Demográficas: ritmo del crecimiento del país, distribución de la población rural y urbana, migración, políticas de planeación familiar, características genéticas geográficas; Sociales: analfabetismo, escolaridad, planes de salud, calidad de la vivienda, calidad de nutrición, seguridad social; Económicas: Nivel económico, distribución del ingreso nacional, programas de mejoría económica; Geográficas: Clima, comunicaciones, recursos naturales, disponibilidad de energía eléctrica, disponibilidad de agua potable. En cuanto a los factores que afectan de una manera más directa describe los Genéticos: herencia; Ambientales: contaminación del agua, suelo, alimentos, atmósfera; Culturales: reglas, permisividades, prohibiciones, hábitos, comportamiento, actitud.

No cabe duda alguna, de que estos aspectos afectan la posibilidad de acceder a determinados recursos sanitarios y a una mayor información sobre salud. Así, la cultura de una sociedad puede fomentar estilos de vida concretos e incidir en la adecuación o inadecuación de las prácticas de salud. Y de la misma forma, la influencia del grupo de regencia (familia, compañeros) es un determinante relevante de las conductas de salud de los individuos. Cada uno de los distintos factores influye en cierto grado y de diferente forma sobre la conducta. Estos factores pueden proveer racionalidad, motivación o por el contrario irracionalidad en la conducta.

Sin embargo, los denominados factores sociodemográficos que incorporan las variantes de sexo también vinculados a la perspectiva de género que se citará más adelante, indican la presencia de diferencias en los roles sexuales con

relación a la mayor o menor predisposición a ciertos problemas de salud, y también en cuanto a determinados comportamientos de riesgo, como consumir drogas, fumar o beber alcohol. Con respecto a la edad, se han detectado diferencias importantes en lo relativo a ciertas etapas evolutivas y, de tal modo, se han identificado sobre todo en la adolescencia, la existencia de períodos críticos para algunos comportamientos de riesgo.

3.5 PROBLEMATICA POBLACIONAL EN MEXICO

A continuación se hará una descripción de datos recabados en Lazo (1995) sobre la problemática poblacional que atraviesa México en la actualidad. Como se sabe, nuestro país es uno de los más poblados en el planeta, de ello deviene la insuficiencia económica para la gran proporción poblacional, lo que provoca diversas problemáticas socioculturales, y en especial en el establecimiento de medidas que las prevengan. Ya que en gran medida estas insuficiencias pueden llegar a considerarse como causa y efecto en ciertos sectores sociales.

En México como en el resto del mundo, los problemas demográficos y de salud están estrechamente asociados con la pobreza: la población más pobre, es la que no tiene escolaridad, y en promedio tiene todavía seis hijos; en el medio rural las tasas de mortalidad infantil se acercan a 50 muertes de menores de un año por cada mil nacidos vivos; en las zonas más pobres, sólo la tercera parte de las parejas adopta medidas de prevención del embarazo.

Llegando al siglo XXI con un crecimiento de población mundial, que significa 90 millones de personas más cada año, el crecimiento ocurre sobre todo en los países más pobres. El mundo desarrollado, con altos indicadores de bienestar económico y social, tiene un crecimiento de sólo 0.3% al año, mientras que el mundo menos desarrollado sigue creciendo a una tasa de casi 2% anual

Como todos sabemos, hasta ahora el crecimiento de la población lleva aparejado un grave deterioro del planeta, a causa de un sistema de desarrollo económico que es depredador de los recursos naturales. México es un ejemplo ilustrativo de esa grave situación.

En el mundo de hoy existen más de 10 países con 100 millones de habitantes o más. En el onceavo lugar encontramos a México, con una población que se aproxima a los 100 millones. La población de México representa el 2% de la población mundial. Una población nacional de esa magnitud ejerce una extraordinaria presión sobre los limitados recursos naturales del país y del mundo en su conjunto. Durante la última década, las áreas forestales desaparecieron a un alarmante ritmo de seiscientas mil hectáreas por año, y en algunos años esa destrucción alcanzó inclusive la cifra de un millón de hectáreas. Las áreas naturales protegidas de México abarcan únicamente el 5% de su superficie, y se estima que el 80% del territorio nacional en alguna medida se ha deteriorado. Hoy en día se considera que México tiene el nivel de deforestación más alto en el mundo entero.

Las estadísticas demográficas hablan por sí solas: En 1998 nacieron aproximadamente 2.2 millones de mexicanos, en el período comprendido entre 1990 y 1995, el crecimiento poblacional de México fue el equivalente a la población total de países como Bélgica, Portugal o Hungría, la tasa de crecimiento anual en México es todavía cercano al 2 %, lo cual significa un "tiempo de duplicación" de tan sólo 35 años, en las áreas rurales. Se estima que a este ritmo de crecimiento hacia el año 2025 podríamos llegar a 135 millones de habitantes y hacia el año 2050 a los 160 millones (Lazo, 1995).

Los promedios esconden además, otro problema: el de la desigualdad interna dentro del país. Con todos los indicadores económicos, no son más que el reflejo de las realidades sociales. El bajo ingreso económico lleva aparejados indicadores sociales alarmantes: analfabetismo, decadente calidad de vida, mortalidad infantil, insuficiente acceso a servicios de salud, falta de práctica en planeación familiar, entre muchas otras más.

Por otra parte, durante el siglo XX ha habido progresos notables para mejorar la condición social de la mujer; han surgido numerosos grupos activistas interesadas en este campo. A pesar de ello, el saldo de muertes por complicaciones en el embarazo es muy desfavorable, aún cuando la mayoría de esas complicaciones son evitables; 50 defunciones maternas por cada 100 000 nacimientos registrados,

de los cuales el 40% de muertes maternas, el factor de riesgo es la multiparidad. Como dato importante del total de niños nacidos este año, uno de cada cinco africanos, uno de cada siete asiáticos y uno de cada diez latinoamericanos no vivirá para ver su quinto cumpleaños. En contraste, en Europa y Norteamérica, en donde la planeación familiar y los servicios de atención a la niñez están generalizados, la tasa de mortalidad infantil se ha reducido a 1 en 80.

Además, si se tiene en cuenta que la mayoría de los países del mundo han estado creciendo recientemente a un ritmo acelerado, se puede considerar que la población del mundo es sustancialmente joven. Con excepción de los países ricos que la población ha superado la transición demográfica y se encuentran actualmente al envejecimiento de su población, existe una mayoría de jóvenes y un gran número de adolescentes. El 50% de la población del mundo es menor de 25 años y 19% esta en edad adolescente.

A pesar de ello, en la mayoría de los países, la juventud es la más expuesta a las consecuencias de la falta de información y de servicios. Políticas discriminatorias que toman como punto de partida la edad o el estado civil propician entre la juventud sean las mujeres, en particular las adolescentes, las que se ven más afectadas. Altos niveles de embarazo precoz, tasas significativas de abortos clandestinos o practicadas en malas condiciones, mortalidad materna elevada, problemas de salud por infecciones de transmisión sexual y pérdida de oportunidades, es el precio que pagan.

Los jóvenes se están convirtiendo en muchas partes del mundo en el sector mas desprotegido de las sociedades; un ejemplo son los jóvenes que abandonan sus estudios a causa de embarazos tempranos no planeados.

El abandono de los estudios a causa de embarazos tempranos no planeados, impide a muchas mujeres y hombres obtener la educación deseable. Con todo, tampoco reciben como compensación una educación sexual, ni información sobre servicios de anticonceptivos. De ello resulta que muchas de estas adolescentes, estén dispuestas a correr el riesgo de morir durante un aborto en malas condiciones, con tal de terminar sus estudios.

La oposición a la educación sexual y a la provisión de servicios de salud reproductiva para los jóvenes, ocurre por múltiples razones: padres, profesores, líderes comunitarios y religiosos que temen a la educación sexual. La realidad es que tal vez no se puede evitar que muchos jóvenes tengan relaciones sexuales; pero el que las tengan sin la información y orientación adecuadas constituye un riesgo mucho mayor. En los lugares en donde se han desarrollado programas de consejería, de educación y de servicios para la juventud, no hay pruebas de un incremento en la actividad sexual.

El embarazo no planeado entre los jóvenes acarrea e implica grandes responsabilidades Los adolescentes frecuentemente no alcanzan a darle a tal suceso, la importancia que tiene, a causa de su propia inexperiencia y carencia de educación sexual adecuada. Las encuestas muestran en forma consiente, el desconocimiento que los adolescentes tienen sobre aspectos básicos de la sexualidad. También indican que la iniciación de la actividad sexual en hombres y en mujeres adolescentes se presenta a edades cada vez más tempranas... esto no ha estado acompañado del uso apropiado de métodos anticonceptivos y por ello se presenta desde hace varios años, en casi todos los países de la región, un explosivo aumento en la fecundidad del grupo de mujeres menores de 20 años, a un punto tal, que son una cuarta parte de los nacimientos que ocurren en estos países, y que entre un 10 y 15% terminan en abortos que se producen en mujeres adolescentes. Únicamente el 44% de las mujeres casadas en edad fértil utiliza algún método anticonceptivo moderno, el 36.4% de las mujeres casadas entre 15 y 19 años utiliza algún tipo de anticonceptivo.

La situación de México ilustra lo que ocurre en muchos otros países. Aquí ocurren casi 500 000 nacimientos anuales de mujeres menores de 20 años; 80% de las mujeres entre los 15 y los 19 años de edad desean aplazar su siguiente embarazo, según los resultados de encuestas recientes en el ámbito urbano, a pesar de las intensas campañas de información sobre la necesidad de evitar los embarazos no planeados, sólo una de cada tres parejas jóvenes utiliza algún método anticonceptivo durante su primera relación sexual. Esto ya es un gran avance, pues otros estudios revelan que en el ámbito latinoamericano sólo una de

cada diez relaciones sexuales entre jóvenes se realiza con protección contra embarazos no planeados.

Existe consenso entre los especialistas sobre la imperiosa necesidad de proporcionar a los jóvenes, esperanza del futuro, información completa y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva; la práctica sin embargo, deja mucho que desear; la verdad es que nuestros jóvenes siguen faltantes de educación, concientización, de opciones, información y servicios.

La iniciación precoz de las relaciones sexuales no sólo tiene un efecto decisivo en el aumento del número de embarazos, sino también en la exposición a agentes nocivos, como los que producen las infecciones de transmisión sexual. El problema es de tal magnitud, y los recursos tan limitados, que todos concuerdan en que las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA constituyen una bomba de tiempo que ha comenzado a producir una serie de daños difícilmente reparables.

Se estima que las adolescentes mexicanas tienen su primera relación sexual en promedio a los 15.3 y los hombres a los 15.2 años de edad. Lo cual, se ve reflejado en el elevado número de personas que presentan infecciones de transmisión sexual, la Organización Mundial de la Salud a través del reporte de la Dirección General de Epidemiología de marzo de 1996, registró 250 millones de casos nuevos que presentan alguna ITS (Castelazo, 1997) y específicamente en México, en el año 2000 se dieron un total de 506,119 casos nuevos reportados, específicamente habría que darle la mención necesaria al aumento de la presencia del Virus del Papiloma Humano en mujeres jóvenes menores de 20 años, la cual es un factor asociado al cáncer cervicouterino que es la segunda causa de muerte de mujeres.

La OMS realizó estimaciones de 250 millones de ITS, de los que la mayor incidencia ocurre entre los jóvenes de 20 a 24 años, seguidos del grupo de 15 a 19 años y después por el grupo de 25 a 29. Se estima que alrededor del 30% de la población mundial se encuentra entre los 10 y los 24 años; en los países en desarrollo, más de la mitad de la población se encuentra por debajo de los 25 años. En muchos países, más de las dos terceras partes de los adolescentes

hombres y mujeres, entre los 15 y los 19 años ya iniciaron su vida sexual. En el caso de México, en el grupo de edad de 20 a 24 años se concentran 55867 casos de cándida de los 302047 del total y en cuanto a la tricomoniasis en el mismo grupo de edad se concentran 33073 del total de 174447.

En nuestro país el número de casos de jóvenes infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) aumenta cada día. Según la Dirección General de Epidemiología existen en nuestro país 2541 casos de jóvenes entre los 14 y 19 años de edad infectados por VIH en el año 2000. Pero se estiman 7623 posibles infectados, que hace suponer que el número sea mayor. Y aunado a que las infecciones de transmisión sexual en especial el VIH, son consideradas como "secretas" y a la sexualidad como algo "sucio", se reportan sólo cuando no les queda otra opción por la gravedad del malestar, lo cual impide hacer estadísticas confiables, por otra parte, son pocas las personas que toman la iniciativa de realizarse pruebas de laboratorio en una etapa asintomática.

Sólo uno de cada seis jóvenes utiliza un método anticonceptivo en su primera relación sexual. El método más usado es el condón. Además, es más frecuente el uso de un método anticonceptivo en la primera relación sexual en los hombres jóvenes que en las mujeres.

. En su mayoría los nacimientos en México de mujeres menores de 20 años, no son deseados y planeados. Estos jóvenes por lo general inician su vida sexual antes de vivir en pareja, por lo cual dificulta la iniciativa de la planeación familiar, aunado a las características culturales cargadas a los roles sociales, que se les plantea y asumen los adolescentes en su estilo de vida, por la transición que en ésta etapa atraviesan.

CAPITULO 3 ADOLESCENCIA

Cuando usamos sin contenido vasto y profundo las palabras, no sólo nos empobrecemos, también nos enajenamos de la materia que motiva nuestra búsqueda; quedamos colocados en una situación de relativa "preocupación" que nos impide "ocuparnos". Mordazas sonoras llama Sartre a las palabras, cuando las usamos por moda o por consigna, sin afán de búsqueda, con ansias de tranquilidad, emotiva y también conceptual.

De manera semejante, esto es lo que con frecuencia nos ocurre con la palabra "adolescencia". La usamos para referirnos algunas veces a la sexualidad, otras para referirnos tal vez a una etapa de crisis y adicciones y nos olvidamos de hablar de vida, cambio, transformación, apertura de posibilidades, reconstrucción de esquemas personales y familiares, energía, demografía, sociedad o riesgo.

En este apartado se presentarán algunas de las facetas significativas que constituyen la adolescencia, conservando el término por carecer de otra opción.

Sabemos que cada etapa del ciclo vital, plantea al ser humano problemas característicos y nuevas oportunidades de inserción en el mundo. La adolescencia constituye en nuestros tiempos, un período de la vida, en el que con mayor intensidad que en otros, se aprecia la interacción de las tendencias del individuo y las metas socialmente disponibles.

Mayén (1997) menciona que Krauskopf considera que la adolescencia no es un fenómeno de la naturaleza fija e inmutable, sino que, como todo estado de desarrollo humano, es producto de circunstancias histórico-sociales. Anteriormente se hablaba casi sólo de “niños” y “adultos”. La pubertad marcaba el límite entre ambas etapas. Con la evolución de la institución escolar, con las normas que prohibían el trabajo de niños, comenzó a hablarse de adolescencia. Se prestó entonces mayor atención a las transformaciones de la pubertad, y la adolescencia comenzó a considerarse un campo de elaboración del proyecto de vida.

Junto con el proceso biológico que se llama pubertad en el curso de vida de las personas, aparece este proceso social que se ha hecho llamar adolescencia. Para Aguilar (1994) la adolescencia como tal, es un producto histórico del siglo XVII y que va ligada a la industrialización y a la formación de grandes ciudades. En muchas de las culturas –incluida la nuestra-, la adolescencia tiende un puente entre la infancia y la edad adulta. Sin embargo de acuerdo con Mayén (1997), se agrava la distorsión en la perspectiva de la adolescencia, cuando se habla de ella como un período de "transición", ya que esto no es lo esencial de este período, ni la aparición de un conjunto de perturbaciones. El adolescente desadaptado no es lo normal.

La adolescencia tiene una tarea que Erikson señala con nitidez: "compromete al individuo en crecimiento con los logros posibles de una civilización en existencia". Distorsionamos la visión de los adolescentes si suponemos que existe una asociación inevitable, de parte a parte, entre los cambios del crecimiento físico y una crisis de inadaptación social.

De ello el énfasis que debiera realizarse al evitar hablar de adolescencia, como una etapa de conflicto psicológico inherente, inmutable y generalizado, y la que en muchas ocasiones se ha descrito así, de manera simplista y superficial. Lo importante que habría que resaltarse en esencia, es que es un período en el cual el adolescente se enfrenta a un mundo demandante, el cual le exige de manera estricta su inserción en una sociedad productiva, y que en esta adaptación el adolescente tendrá que adquirir nuevas habilidades que le ayuden a contrarrestar su anterior lugar de total dependencia con la niñez y defender lo que ahora ha de querer ofrecer y obtener.

Para ello Mayén (1997) describe que durante esta transición algunos seres humanos se enfrentan con la difícil tarea de romper las estructuras que les dieron sostén durante la infancia, para construir otras estructuras nuevas, que respondan mejor a una identidad propia, que necesitan para crear en sí mismos su inserción a la vida adulta. Entrar en el mundo de los adultos, significa para el adolescente la pérdida definitiva de su condición de niño. Constituye la etapa decisiva de un proceso de desprendimiento que comenzó con el nacimiento. Es así, que estudiar

la adolescencia, tan solo como una característica social determinada, sería realizar una abstracción muy parcial de todo un proceso humano.

Cuando llegan los cambios puberales, la identidad infantil ya no resulta suficiente para enfrentar las nuevas experiencias y en el afán de adaptarse mejor al medio, construye nuevas potencialidades. La propia sociedad, a través de juicios, exigencias y ofertas nuevas, coloca al adolescente ante la necesidad de realizar un cambio. Estos cambios están influenciados desde la propia identidad, aunque los valores sean en esencia los mismos que los que se implantaron desde la familia, la manera de manifestarlos es diferente.

Los adolescentes son personas que están en pleno proceso de recreación, de reconstrucción, de reestructuración, su tarea es profunda compleja e importante. Mayén (1997) menciona que el paso de la niñez a la juventud y de ésta a la edad adulta, es el paso más difícil en la vida del hombre. Si cuando niño se nace a la vida, en la juventud se nace formalmente a la vida social. Es la época de súbito desarrollo biológico y psicológico, cuando irrumpe el individuo al mundo exterior. El modo más humano en virtud juvenil es la generosa adaptación a todo lo imperfecto de la vida y casi es la vida entera, esto es, la rebeldía de la juventud viene a ser la negación del pasado, de lo que considera negativo del pasado. Por un lado valoran a sus familiares, por el otro no pueden soportar algunas de sus costumbres, sus reglas, sus rutinas. Por un lado, demuestran ser fuertes y capaces, por el otro, la dependencia y la sensación de soledad los embargan. Por un lado tienen intensos deseos y fantasías sexuales, por el otro, todavía carecen de confianza ante sus cuerpos que cambian. Por un lado necesitan cariño, comprensión y solidaridad, por el otro se convierten en los jueces más recios e implacables de sus familiares.

Dadas las características de la adolescencia, es necesario llevar a cabo un análisis detallado de lo que ocurre en esta etapa del desarrollo. Para comenzar, Craig (1989) señala que el vocablo adolescencia, proviene del verbo *adoleceré*, que significa crecer o llegar a la maduración. En el aspecto físico, representa alcanzar una estatura adulta, la adquisición de rasgos físicos característicos del individuo adulto y los determinantes de la sexualidad y la reproducción. Dado que

durante la adolescencia se manifiestan los cambios físicos, se considera necesario resaltar lo que ocurre en lo que es llamado pubertad.

3.1 PUBERTAD, TRANSFORMACION SEXUAL Y CORPORAL

Durante la etapa de la pubertad, las transformaciones biológicas consisten, generalmente, en un aumento considerable del ritmo del crecimiento y de tamaño corporal, una rápida maduración en el desarrollo de los órganos que permiten la reproducción. Las hormonas que afectan el crecimiento del adolescente, aumentan su producción durante la pubertad y provocan cambios físicos notables. La secreción de testosterona, por ejemplo, hace que el pene, los testículos, el escroto, las vesículas seminales, la próstata, entre otros crezcan; además de que la espalda se ensanche y que el vello aparezca en el área genital, en la cara, en las axilas y en algunos en el pecho; el cuerpo suda más y éste tiene un olor diferente; en ocasiones aparecen brotes de acné; cambia la voz y se presentan las primeras emisiones seminales que suelen aparecer entre los 11 y 16 años. En las mujeres, el estrógeno hace que el útero, la vagina, el clítoris, los labios genitales y los senos crezcan, y que las caderas se ensanchen. La menarca, constituye la principal característica de la maduración reproductiva entre los 9 y 16 años. Generalmente, los cambios de la pubertad están precedidos por un incremento en la grasa del cuerpo, por lo que no es extraño que algunos adolescentes aumenten de peso de manera evidente en esta época. También, la pubertad suele estar marcada por un incremento en la altura. Los huesos y músculos aumentan de tamaño, y al crecimiento de las extremidades le sigue normalmente un crecimiento en el ancho del cuerpo.

Algo que es importante resaltar, es que los sexos maduran a diferente ritmo. En promedio, aunque hay muchas variaciones, las mujeres pasan profundos cambios biológicos dos años antes que los varones (Craig, 1989).

Podemos definir la pubertad como el período vital en que maduran las funciones sexuales, reproductoras, y de crecimiento, culminando el desarrollo sexual que se había iniciado desde el nacimiento del individuo. Su propósito es la capacitación

individual, en lo biológico, para asumir el rol adulto en el trabajo y en la reproducción.

Se denomina pubescencia a la constelación de los cambios corporales típicos asociados con la maduración sexual. La adolescencia no sólo incluye los aspectos puramente biológicos de la pubertad, sino que abarca todos los cambios psicológicos y sociales que ocurren durante este período. No puede determinarse una edad definida de comienzo y término de dicha etapa, como tampoco es posible identificarla a partir de sólo una manifestación típica. Son grandes sectores del organismo los que se modifican y lo hacen en edades diferentes y con ritmos de crecimiento distintos. Por ello, investigadores eminentes en esta materia, como Tanner y Gallagher (citados en Meyén, 1997), consideran que es mejor hablar de edades de desarrollo o de madurez fisiológica que de edades cronológicas. Consideran los siguientes elementos para su evaluación: edad morfológica (talla, peso y otras medidas), edad de madurez sexual (vello pubiano, axilar, testículos, senos), edad ósea (mano, pie, cadera, rodilla, codo) y edad dental.

En nuestro medio, la pubertad se inicia en las muchachas entre los 10 y los 12 años y entre los muchachos entre los 12 y los 14 años aproximadamente. Las transformaciones físicas propias de la pubescencia se inician por la activación o incremento de la actividad de las hormonas gonadotrópicas y corticotrópicas de la glándula pituitaria. Como consecuencia de su secreción se inicia la producción de óvulos maduros y espermatozoides, el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, los cambios en otras funciones fisiológicas no sexuales y los cambios en tamaño, peso, proporciones corporales, fuerza, coordinación y destreza muscular.

a) Las características sexuales primarias. Estas características se refieren a la constitución de los órganos sexuales que intervienen en la copulación y la reproducción. Dichos órganos presentan durante la niñez un desarrollo menor que los otros sistemas de órganos. En la pubertad se produce el crecimiento del pene, los testículos, el útero, la vagina, el clítoris y los labios genitales mayores y menores.

En los muchachos, alrededor de los 13 años, comienzan las poluciones nocturnas y las eyaculaciones, que pueden ser estimuladas por la masturbación. Habitualmente no contendrán espermatozoides antes de los 16 ó 17 años.

En las muchachas, los ciclos menstruales pueden ser irregulares a lo largo del primer año y estar acompañados de un intervalo de esterilidad puberal que dura hasta tres o más años.

La capacidad de procreación no siempre es sincrónica con la menarca o la primera menstruación, ya que ésta es apenas la fase inicial del proceso de maduración sexual. Sin embargo, la capacidad de engendrar hijos aparece antes de que el crecimiento físico se haya completado, por lo cual el embarazo en adolescentes se considera una situación de riesgo para la salud, tanto de la madre como del hijo.

b) Las características sexuales secundarias. Estas características se refieren a las modificaciones corporales que sirven como índice de masculinidad y feminidad y que están asociadas directamente con el desarrollo de la sexualidad y de la reproducción. A diferencia de las características sexuales primarias, que son dicotómicas —órganos femeninos o masculinos—, estas características secundarias presentan un contínuo en su distribución. Hombres y mujeres se colocan en los extremos opuestos de dicho contínuo a causa de diferencias de naturaleza cuantitativa.

Así, se destaca en ambos la aparición del vello, cuya denominación, "pubes", es la que da origen al término "pubertad". El vello surge, en ambos sexos, en la zona genital y en las axilas. Es más marcado en los hombres, con una distribución romboidal en el área púbica, en comparación con las mujeres, en las cuales toma una forma triangular. En los varones se desarrolla, además, fuertemente en el pecho, la barba, etc. En las muchachas, el crecimiento de los pechos es con frecuencia el primer signo que evidencia el comienzo de la pubertad.

La laringe se modifica en ambos sexos entre los 14 y los 15 años aproximadamente, produciendo los conocidos cambios de voz, que son más notorios en el varón.

c) Otras transformaciones puberales. Se desarrollan las glándulas sudoríparas y sebáceas. Las primeras son las responsables de que, a partir de la pubertad, los jóvenes comiencen a presentar el característico olor de transpiración axilar. Las segundas originan los familiares puntos negros en la piel, con la acumulación de la secreción oleosa y retención del polvo, y cuando se bloquean e infectan producen el acné. Otro cambio característico apreciable en la piel de los adolescentes es la pigmentación, que contribuye a oscurecer zonas del cuerpo como los pezones y los genitales.

Las estructuras esqueléticas y musculares siguen un patrón general de estirón, si bien con ritmos de crecimiento distintos. Este incremento comienza en las edades que hemos señalado como típicas para muchachos y muchachas de nuestro medio (12 a 14 y 10 a 12, respectivamente). Las muchachas se adelantan pero, alrededor de los 15 años, los muchachos las superan en estatura. El crecimiento esquelético alterna con el aumento de peso.

Mayén (1997) menciona que en el adolescente se modifica su esquema corporal, que es la imagen interna que manejamos de nuestro propio cuerpo. Esta imagen no se considera puramente cognoscitiva —o sea, basada en el conocimiento objetivo de la apariencia y funcionamiento físico—, sino que está impregnada de valoraciones subjetivas. Por lo tanto, dicho esquema es una parte importante de la imagen que cada uno tiene de sí mismo, así como un elemento en el que se sustenta o expresa la autoestima.

El niño basa fundamentalmente la valoración de sí mismo y su apariencia corporal en la visión que de él le transmiten sus familiares, en particular sus padres. Así, se creerá hermoso o defectuoso, según lo hayan hecho sentir. Muy diferente es la situación del púber. Si comparamos la velocidad y el tipo de cambios físicos que experimenta un niño con los que enfrenta un adolescente, comprenderemos que es muy difícil que pueda integrarlos a su propia imagen a través de una sensación de estabilidad y de familiaridad consigo mismo.

Las modificaciones corporales siguen un curso regular y la apariencia física del joven suele tornarse disarmónica. Laplane y Lasfargues (citados en Meyen, 1997)

señalan que se pueden presentar torpezas transitorias, a resultas del trastorno del esquema físico.

La valoración que del joven hagan sus familiares ya no es un factor determinante en la apreciación que él hace de su atractivo. Además, los adultos a menudo pierden la benevolencia con que estimaban la belleza de sus hijos en la infancia y más bien se encuentran conmovidos por la velocidad de los cambios puberales, remarcando su asombro y extrañeza ante ellos. Los compañeros, preocupados por la misma situación, intercambian comentarios y secretos o se liberan de sus inquietudes en forma que no siempre es solidaria, puesto que pueden buscar su seguridad destacando los "defectos" de algún otro joven.

Hecha esta breve descripción de los cambios físicos esenciales, pasemos a profundizar en algunos aspectos de evidentes repercusiones psicológicas y sociales en la vida del adolescente. Repercusiones de la transformación del cuerpo.

3.2 ASPECTOS PSICOLOGICOS

Para algunos autores la adolescencia se caracteriza por una desadaptación al medio, se refieren a ella como una etapa en esencia de conflicto, por una marcada oposición a lo establecido socialmente, que desemboca en una pseudoautonomía, y que sin embargo, la dependencia pone al adolescente en una situación de aparente tranquilidad. Para Vargas (1993) esta fase también se caracteriza por el carácter anárquico de los adolescentes y los descubrimientos que realizan, poseen para ellos una índole de novedad tal, que tienen la impresión de recrear el mundo al mismo tiempo que tienen miedo, y ganas de destruir lo que va en contra de sus ideales. Pero a la vez estas fuerzas le confieren características de generosidad, altruismo e idealismo, que se alternan con egoísmo, megalomanía y la negación a aceptar al mundo como es. Es la época en que se desarrolla gran parte de la personalidad, la cual alcanza con altibajos de confianza desmedida, esperando múltiples benefactores o viendo a todos como enemigos. A veces busca transgredir las normas, o bien se inclina al lado opuesto y es demasiado sumiso, dependiendo de la figura o modelo que lo intente manipular.

El mismo autor menciona otra característica, que es la de enamorarse repentinamente y dotar con toda clase de virtudes a quien cree amar. Esto provoca decepciones súbitas que lo llevan en ese momento, a romper con todo, perder ilusión. Además de traspasar a sus amigos los lazos afectivos familiares. Se siente entendido por los compañeros con los que se identifica, en sus necesidades e intereses similares. La inseguridad los une, les da fortaleza.

Sin embargo, si es cierto lo mencionado anteriormente, el adolescente no es a propósito esto, no es lo que lo marca, no es lo que lo define, y mucho menos de manera generalizada y determinante para todo adolescente. Sin embargo, sí, el adolescente se enfrenta a un mundo demandante ante el cual se encontraba protegido por su familia, por ello necesita construir y desarrollar potencialidades que le permitan producir para sobrevivir ante su necesidad o exigencia de independencia. Intelectualmente el adolescente dispone poco a poco de capacidades de funcionar de una manera racional, que le permita enfrentar las vicisitudes de una vida autónoma. Así podrá prever el porvenir, anticipar lo que ocurrirá y tratar de evitar conflictos o dificultades demasiado grandes, adaptarse sin que toda su persona se perturbe profundamente. El adolescente tiene que insertarse en la sociedad adulta y hacerse un hueco en ella, pero el que posea las capacidades, no le garantiza el éxito por la falta de experiencia.

De esto, Mayén (1997) describe que diversos personajes han ofrecido explicaciones de esta modificación. Dentro de estas concepciones, Piaget describe que la niñez es reconocida como el período de las operaciones concretas y la adolescencia es la etapa en que se alcanzan las operaciones formales que caracterizan la capacidad de generalización y abstracción propia del adulto. No obstante, esta consideración queda limitada en algunos casos que no coinciden con lo descrito en esta explicación.

Esta misma autora refiere por otra parte, a estudiosos como Pichón y Salvat, que consideran que en la adolescencia, el progreso intelectual está determinado por una acumulación que permite llegar a la racionalidad propia del pensamiento. De acuerdo con los anteriores, Ausbel menciona que la vida cognoscitiva de los adolescentes, comparada con la de los niños, está dominada considerablemente

por la simbolización y la abstracción. Pero no se explica esta situación sólo por el progreso evolutivo intrínseco a cada estadio, sino que afirma que en la adolescencia se pueden hacer juicios más válidos y apoyados en la causalidad, por el mayor conocimiento derivado del entrenamiento y la experiencia. A estas mismas consideraciones aplica lo que Piaget planteó.

Por otra parte, también se hace mencionar a Charles Odier, que describe que hasta la adolescencia el niño vive bajo el régimen del *realismo afectivo*, es decir, que éste ser dependiente proyecta en todo momento sus afectos sobre otro, de quien espera protección y confirmación de su existencia. Además de la conciencia moral que desemboca en la autonomía ideológica que reemplaza la moral puramente establecida por el medio y los padres y que no reconoce como verdaderamente suya. Es en esta etapa que el adolescente accede al mundo de los valores. Entonces puede diferenciar la función del valor, en los planos instintivo, afectivo y moral, lo que le permitirá juzgar lo que hace con arreglo a criterios personales del bien y el mal, independientemente de las leyes o presiones del medio, y tomar posiciones que no están de acuerdo con las de la mayoría, sin sentirse culpable, sino por el contrario, reivindicado en el derecho de tener tal o cual opinión.

El adolescente difiere de los adultos, porque trata de satisfacer sus nuevas necesidades, lo que puede determinar comportamientos y preocupaciones difíciles de compartir con éstos. Además, de no avanzar de forma lineal hacia la etapa adulta, sino que en el camino reaparecen impulsos y necesidades infantiles, junto con el empuje de insertarse en el mundo en una forma nueva.

Algunas explicaciones teóricas se han intentado por diversos estudiosos de esta etapa. Fue el psicólogo G. Stanley, uno de los primeros estudiosos del período de la adolescencia, quien describió el desarrollo social, intelectual y emocional de los adolescentes. La adolescencia se caracteriza principalmente por la tensión y por la aflicción. Esta teoría ha seguido teniendo defensores, en particular los psicólogos y sociólogos de tendencia psicoanalítica. Por ejemplo, están aquellos que piensan que la esencia misma del período de la adolescencia es el conflicto mismo. Sin embargo, está premisa tiene también sus adversarios, como Albert Bandura, quien

sostiene que la idea de que la adolescencia es necesariamente un período tormentoso, es un mito. Sostiene que los adultos han prestado demasiada atención a las señales superficiales de inconformidad en los jóvenes, es decir, han prestado más atención a las modas de los jóvenes que a su conformidad, y más aún, a su rebelión, que a su obediencia (MCKinney, Fitzgerlad y Strommen, 1982).

Por su parte, Erikson plantea que la adolescencia, es un período en el que el individuo lucha entre identidad y difusión, o pérdida de identidad. La identidad es la confianza intensificada de que la realidad y continuidad internas que se han preparado en el pasado, corresponden a la realidad y continuidad de significado que uno tiene para los demás. La búsqueda de identidad es una parte de la experiencia humana en todas las etapas de la vida, aunque es precisamente durante el crecimiento rápido y durante los cambios fisiológicos estrepitosos de la adolescencia, cuando la identidad desempeña un papel fundamental en el desarrollo (Horrocks, 1993). Erikson describe también que en esta etapa se piensa ideológicamente, combinando una orientación egocéntrica, resuelta a adaptar el mundo a sí mismo, con un fervor por esquemas y códigos idealistas y altruistas, cuya factibilidad puede ser impugnada o probada por la lógica adulta (Mayén, 1997).

Por otra parte, la postura sociológica, sostiene que la adolescencia es el resultado de tensiones y presiones que vienen de la sociedad. El sujeto tiene que incorporar los valores y las creencias de la sociedad, es decir, terminar de socializarse, al mismo tiempo que terminar de adoptar determinados papeles sociales. Esos papeles le son asignados al niño, mientras que el adolescente tiene mayores posibilidades de elección. Al mismo tiempo, los adultos tienen mayores exigencias y expectativas respecto a los adolescentes, y esas exigencias pueden hacerse insoportables. El cambio de papeles puede producir conflictos y generar tensión (MacKinney, Fitgerald y Strommen, 1982).

Mayén (1997) menciona que la sociedad procura que los adolescentes busquen su salida a la etapa adulta de un modo congruente con sus condiciones socioeconómicas y culturales. Por ello, fomenta una reacción ansiosa de parte de

éste, y así lo induce a buscar soluciones adaptativas para resolver la tensión creada.

En nuestra cultura gratificamos al adolescente haciéndole sentir que ya no es un niño, y se le plantea que va a tener la posibilidad de ser un adulto, pero, por otro lado, se le angustia haciéndole sentir que todavía no es un adulto. Así el adolescente tiene que manifestar ciertas destrezas y alcanzar determinados niveles de eficiencia para sentir que llegará a ser aceptado como adulto.

Estas destrezas son lo que se ha denominado "tareas evolutivas". Ausbel señala las siguientes:

- Reemplazo de motivos hedonísticos por metas de largo alcance social.
- Aumento del nivel de aspiraciones.
- Aumento de la autovaloración.
- Adquisición de independencia ejecutiva.
- Adquisición de independencia moral con base social.
- Abandono de las necesidades de indulgencia de parte de los demás.
- Aumento de la tolerancia a la frustración sin pérdida de la autoestima.
- Aumento de la necesidad de obtener status primario.

Otros autores subrayan los siguientes incisos:

- Aceptar y ajustarse a los cambios del propio cuerpo.
- Independizarse de la autoridad del adulto (especialmente de los padres)
- Aprender un rol sexual.
- Alcanzar el s*tatus* socioeconómico adulto.
- Desarrollar un sistema de valores.

Todo esto normalmente despierta angustia, particularmente cuando el adolescente se siente amenazado por la posibilidad de no alcanzar las metas que aparecen como necesarias. Se supone que esta ansiedad ante el riesgo del fracaso cumple un papel positivo al promover aprendizaje, al incrementar la capacidad de ejecución y al aumentar el nivel de aspiraciones. Cuando las condiciones son

favorables, éstas llevan al adolescente a adquirir nuevas conductas, las que pueden permitirle efectuar ajustes frente a las nuevas situaciones que enfrenta, reduciéndose así su ansiedad.

Existe toda una gama de situaciones nuevas que enfrentar y solventar durante esta etapa. Unas se entrelazan con otras para hacer de la adolescencia, una época un tanto difícil para los jóvenes que navegan sin orientación alguna. Nuestra propia imagen corporal es algo crucial debido a que estos cambios no ocurren al mismo tiempo en todos los adolescentes. Hay grandes diferencias individuales, algunos crecen demasiado aprisa; otros en cambio, empiezan tarde y siguen siendo niños frente a sus compañeros, lo que les puede provocar miedos e inseguridades (Deval, 1994).

De acuerdo con lo anterior, Grief y Ulman (1982) hacen mención de que la edad en que se producen los cambios más notables en el adolescente, es variable, lo cual afecta indudablemente el aspecto psicológico. Los cambios en esta etapa, ocurren de una manera tan rápida, que los adolescentes son plenamente conscientes de estos cambios físicos, y otorgan una gran importancia a su aspecto físico. De hecho, aproximadamente la tercera parte de los niños y la mitad de las niñas que se encuentran en los primeros años de adolescencia, reportan malestar respecto de su apariencia física. Asimismo, los adolescentes menos satisfechos con su aspecto físico, presentan menos autoestima, su autoimagen es menos estable y son más conscientes de su aspecto. Además de que los niños que maduran tempranamente, se desempeñan mejor en los deportes y en las actividades sociales, suelen ganarse la admiración de los compañeros y amigos que le rodean. Por el contrario, los niños que tardan en madurar tienen más probabilidades de sentirse ansiosos e inadecuados. En las mujeres, la maduración temprana parece tener sus ventajas y sus desventajas. La adolescente que madura a edad temprana es admirada por sus compañeras, aunque corre el peligro de ser ridiculizada por los varones.

A medida que el adolescente va cambiando, se dificulta la relación de éste con su familia, por ello la adolescencia es un período difícil para ambas partes, lo cual en muchas ocasiones puede provocar un distanciamiento (Deval, 1994) De tal modo,

a medida que el adolescente se va distanciando de su familia, aumenta la adhesión con sus compañeros, y con ello, la crítica a los padres, se convierte en uno de los temas favoritos del grupo. Su conducta futura, dependerá, en gran medida, de él mismo y de lo que para él puedan llegar a significar sus nuevas relaciones al margen del ambiente familiar. Sus intereses se vuelcan ahora fuera del hogar, y se siente a gusto la mayor parte del tiempo, estando con sus amigos (Tubau, 1995).

La influencia del grupo de amigos puede ser muy grande, y no siempre beneficiosa, e incluso el joven puede sentirlo así, pero al mismo tiempo le resulta difícil sustraerse de ella, pues necesita encontrar apoyo, y reconocimiento de ellos y sentirse perteneciente e identificado con los amigos. Al tener una identidad poco formada, el adolescente forma una identidad compartida con los otros, y ésta es retomada también, mediante la identificación con personajes públicos, figuras de música, de espectáculos, héroes que se convierten en modelos (Conger, 1989; Deval, 1994; Tuabau, 1995).

En esta etapa se sabe que se desarrolla en gran parte la maduración sexual y el énfasis que da la sociedad actual a la sexualidad, se combinan para incrementar la importancia de ésta en la vida de la mayoría de los adolescentes contemporáneos. Para muchos adolescentes, el sexo es un medio de comunicación, una nueva experiencia, un indicio de madurez, una fuente de aprobación y de estatus entre compañeros de la misma edad, un reto hacia los padres o la sociedad restrictiva y un escape de la soledad o las presiones de la vida (Craig, 1989). De ello deviene hacer mención de la importancia de la sexualidad en el adolescente.

3.3 ADOLESCENCIA, SEXUALIDAD Y PROBLEMAS SOCIALES

Durante la niñez la sexualidad está presente casi como un juego. Es autoerógena y autosatisfactoria. Se expresa fundamentalmente en la autoestimulación orientada por el principio de placer, esto es, se procura descargar tensiones y satisfacer necesidades sin mayor preocupación por las consecuencias, por los

valores o las normas. También están presentes los juegos en los que los niños manifiestan su curiosidad y avanzan en sus primeras experimentaciones sexuales.

Es importante enfatizar que a consecuencia de los cambios biológicos puberales que van a la par con la etapa de la adolescencia, en el adolescente se activan los impulsos sexuales biológicos, sin embargo, por la cultura sexual existente en esta sociedad, la falta de información y educación sexual, dificultan el ejercicio saludable de la sexualidad.

Por otra parte, como es sabido que en la adolescencia, el principio de realidad pasa a ser muy importante, a diferencia de lo que ocurre en la infancia y la niñez, etapas en la cuales las expresiones sexuales se orientan fundamentalmente al placer, en la adolescencia se supedita a la obtención de metas de más largo alcance: se consideran las limitaciones propias y del medio; se procura postergar la descarga de tensiones y la satisfacción inmediata de necesidades, hasta encontrar la ocasión oportuna, que implique un menor riesgo, y se hace una previsión acerca de la estabilidad futura. Se produce así una acumulación de tensiones provenientes de las demandas propias del desarrollo sexual, a las que en cada cultura se agrega la facilitación o prohibición y vigilancia para obtener satisfacción de dichas necesidades (Mayén, 1997)

La misma autora menciona que en esta etapa se determina la conciencia de su necesidad de encontrar otra persona para obtener la satisfacción de sus deseos. Aunque el sexo de la persona está definido biológicamente, su sensación de identidad sexual no está fijada de manera mecánica, como tampoco lo está el sexo de las personas que le atraen. Por ello, Bloss subraya: “la distinción entre identidad de género e identidad sexual”, puede hacerse en términos más simples, diciendo que la primera tiene que ver con la diferencia e identificación relativa de los géneros masculino y femenino, y la segunda se relaciona con la virilidad y la feminidad en la expresión sexual.

Con lo anterior, frecuentemente se supone mecánicamente que la pertenencia a uno u otro género, lleva directamente a la identidad sexual. Esto se menciona, por la importancia de la ansiedad, con que en la cultura, el adolescente procura salir de su inseguridad y afirmar su rol. La participación de los adultos, en nuestro

medio, no es precisamente la que más favorece las resoluciones. Se tiende a controlar la expresión del impulso sexual de los adolescentes.

Sin embargo, la actividad sexual es tan atractiva que entre besos y caricias hasta el acto sexual, el adolescente satisface una serie de necesidades no solo físicas, sino también emocionales. En el ejercicio de la actividad sexual, lo más importante para el adolescente es ampliar sus canales de comunicación, buscar experiencias propias, poner a prueba su identidad personal y encontrar alivio a las presiones externas a su mundo. (Mayén, 1997)

Algunos adolescentes, ante su impulso sexual y frente a una sociedad que tiene doble moral en este aspecto, algunos deciden liberar la tensión sexual mediante la masturbación, o en el caso de los hombres, se verán sometidos a la descarga en los sueños eróticos húmedos y en la mujeres mediante fantasías y orgasmos durante el sueño cuando han decidido abstenerse del acto sexual, por la idea de que la virginidad la debieran perder en el matrimonio; otros buscarán o los orillarán a tener experiencias con prostitutas; otros, buscarán excitación por medio de la pornografía. Esto culturalmente muchas veces conlleva a cargar sobre sus hombros culpas y vergüenzas en autoerotismo.

Por otra parte, Chapela (2000) hace mención, de que en la adolescencia existe una etapa en la que se enfrentan a sus propios cuerpos, se miran, se tocan, se miden, se comparan y quieren saber de que son capaces y analizan su anatomía, sentimientos, valores y deseos eróticos. Como tal, su sexualidad puede ser fuente de ansiedad moral y confusión, debido a las fuertes emociones que se despiertan, a la variedad de necesidades, sentimientos, ideas, debates, deseos, conceptos que los adolescentes tienen.

Cuando se habla de sexualidad en los adolescentes parece que la ansiedad y la confusión aumentan, y el deseo de un control vigilante se acentúa, generando en éstos actitudes de desacuerdo, proponiendo diferentes maneras de concebir su sexualidad. Aunque en otras ocasiones al hablar de su sexualidad se cree que esos saberes son compartidos, y que hay un consenso en lo que conciben como sexualidad y las maneras correctas o incorrectas de ejercerla.

En ocasiones, son los medios de comunicación los que propagan la preocupación en ciertos problemas sociales. De ello, devienen las preocupaciones personales que conciernen e involucran a los miembros de las familias y a la comunidad. Las preocupaciones y los problemas pueden ser compartidos por muchas personas dentro de la comunidad.

De acuerdo con lo anterior, Mayén (1997) menciona que los mensajes hipereróticos, refuerzan informaciones erróneas. Casi siempre con el fin de comerciar se instiga al adolescente al consumismo del sexo, seduciéndolo a través de algo que la sociedad esconde y es incapaz de asumir: la educación para el erotismo, para la sexualidad, para la salud sexual y dentro de ésta para la prevención. La legítima necesidad del joven de conocer su sexualidad, lo lleva a buscar mensajes más explícitos acompañados, la mayoría de las veces, de información distorsionada (mujeres insaciables, cuerpos poco comunes, penes de tamaños exagerados, eyaculaciones de litros, etc.) que se dan en situaciones ficticias.

Las relaciones sexuales en adolescentes, son otra forma de expresión de la sexualidad durante esta etapa, e implican un mayor compromiso social, con la entrada al mundo de los adultos, los adolescentes están también condicionados por la adquisición de la capacidad reproductiva. Los rasgos esenciales del miedo social, son el embarazo a temprana edad y las infecciones de transmisión sexual, en especial el VIH. Por lo que se ha convertido en un problema socioeconómico y sociodemográfico, de la preocupación de ello, deviene a ampliar el tema.

De esto habría que hacer una consideración previa antes de adentrarse al tema de la problemática social, por ello, es importante mencionar que el adolescente adviene a un medio determinado en donde las relaciones con los demás son fundamentales, y en el cual ha de realizarse el proyecto existencial. Este proyecto se inserta en un "plan de vida" que la comunidad apoya orientando los pasos de la niñez, llevando al individuo durante su desarrollo a través de una secuencia determinada de roles. Los diferentes grupos sociales y económicos impulsan la construcción del proyecto de vida con características diferentes. Cabe destacar que tanto la introducción precoz a roles que obligan al individuo a adscribirse a

proyectos no elegidos ni madurados, como la postergación del compromiso activo de adulto, del quehacer presente con el futuro, harán de la adolescencia un período de difícil resolución.

Erikson en 1974 postuló la necesidad de una moratoria psicosocial durante la adolescencia. Esta moratoria se caracteriza por una especial posición que la sociedad concedería a los jóvenes, permitiéndoles experimentar diferentes roles y orientaciones, desafiar y provocar modificaciones en el medio, mediante un compromiso profundo pero que se espera sea pasajero. Se trata, pues, de un período de ensayo y error para que el joven pueda probarse y probar su medio, sin asumir una responsabilidad estable respecto de estos intentos, pues lo limitaría en su exploración. Erikson defiende las ventajas de un período de esta índole, por cuanto concede un lapso y una gama de oportunidades con la identidad final que estructura el adolescente.

Sin embargo, no se puede convenir totalmente en este punto. Ya que la existencia de la moratoria no es producto de la sabiduría social, sino una postergación en las posibilidades de participación que tiene el adolescente en determinados grupos económicos en nuestra sociedad. La moratoria parece ser más bien producto de una estructura ocupacional y educacional que de un condicionamiento orientado a contribuir con la salud psicológica, como sugiere el autor. De ello puede reconocerse, que la moratoria puede llevar al fracaso, es evidente que cualquier experimentación con la construcción de la identidad sexual, también significa jugar con fuego y arriesga al peligro de terminar en un abismo social del que no es posible regresar.

El fracaso de la moratoria se da cuando el adolescente, arrastrado por sus propias acciones, queda definido por sus consecuencias, sin haber propuesto ni planeado el rol y la posición que se le configuran a partir de ello. Así, las circunstancias de la realidad y las autoridades sociales pasan a comprenderlo en una identidad que se deriva de algún error en sus ensayos, no de un proyecto de vida decidido como una clara expresión de sí mismo. Situaciones de este tipo se dan cuando las adolescentes se embarazan sin haberlo planeado o han adquirido una infección de transmisión sexual (Mayén, 1997).

La misma autora menciona que el problema no reside en que el adolescente "se comprometa demasiado pronto", sino en que la dialéctica de la realidad no permite las actuaciones de "experimentación" sin que se produzcan manifestaciones del medio y de sí mismo. El compromiso con las propias metas y con la realidad es necesario en la adolescencia. Por ello, el proceso adolescente supone "abandonar la solución del 'como si' del juego y del aprendizaje, para enfrentar el 'sí' y el 'no' irreversibles de la realidad activa que tiene en sus manos". Por ello, en estos períodos de ensayos durante la adolescencia, aunados a la deficiente información o la información errónea, limitan el marco de anticipación, la libre decisión informada, la prevención de embarazos y de infecciones de transmisión sexual, y la claridad de las expectativas de las parejas.

A consecuencia de lo anterior, Aguilar (1994) menciona que en la actualidad los adolescentes tienen que vivir su sexualidad, sorteando los cambios históricos heredados y enfrentando el presente a un alto costo. Los adolescentes de hoy demandan respuestas y los adultos muchas veces no responden a éstas, a veces por ignorancia y otras por el temor de que asuman su sexualidad, y la vivan con autodeterminación y libertad, de tal manera que tampoco se les enseña a asumirla de manera responsable, de lo cual devienen por sí mismos, los problemas sociales. Su sexualidad es experimentada entre riesgos de embarazos tempranos, maternidad, y paternidad prematura, matrimonios forzados y que muchas veces terminan en divorcio, abortos, infecciones de transmisión sexual, SIDA, machismo, abuso sexual, violencia hacia los hijos no planeados de madres y padres adolescentes, violencia entre las parejas adolescentes forzadas a vivir juntas por un embarazo, entre otras.

En México, la gran proporción poblacional son jóvenes, solo por su volumen, la presencia de esta mayoría no puede pasar inadvertida. Además la importancia de su número, va ligada a la cantidad de problemas que presentan, tanto psicológicos como socioeconómicos. Para un gran número de jóvenes mexicanos las posibilidades de desarrollo en esta etapa de la vida son limitadas. Viven su adolescencia enfrentándose al mismo tiempo a los cambios físicos y psicológicos

propios de su edad y a compromisos sociales que son característicos de los adultos, como la manutención familiar, el trabajo, el matrimonio, y la paternidad.

En una encuesta realizada por el CONAPO entre jóvenes de escuelas de educación superior, se encontró que el promedio de edad de la primera experiencia sexual es de 16.5 años. Asimismo, se ha encontrado que el 16.1% de las adolescentes entre 12 y 19 años de edad han tenido relaciones sexuales. Por otro lado, se sabe que el momento de la primera relación sexual, la mayoría de las veces, se presenta en forma imprevista, no planeada, sin ninguna información y sin la utilización de métodos anticonceptivos. Solo uno de cada tres jóvenes utiliza un método de control natal durante su primera relación sexual (Pick, 1992).

La misma autora menciona que entre los aspectos psicológicos que se han propuesto como relacionados con el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes se encuentran: el miedo a estar sola, las posibilidades de sentirse adulto, la carencia de afecto, la necesidad de reafirmarse como mujeres o como hombres, relación y comunicación inadecuada con los padres, la búsqueda de independencia, la curiosidad sexual.

Por otra parte, en Aramburu (1993, p.124) se consideran influyentes los siguientes factores que en los adolescentes pueden orillarlos a vivir una sexualidad riesgosa para su salud:

- Problemas de interrelación o desmembramiento del hogar.
- Alcoholismo y drogadicción.
- Fuga del hogar.
- Analfabetismo, deserción escolar, bajo rendimiento o reprobación.
- Desempleo de los padres.
- Inicio temprano de relaciones sexuales.
- Conductas agresivas o delictivas.
- Depresión.
- Malos hábitos higiénico-dietéticos.
- Presencia de factores alienantes en espectáculos públicos y medios masivos de comunicación.
- Carencia de facilidades para la práctica recreativa, deporte y cultura.

3.3.1 FACTORES DE RIESGO E IMPLICACIONES DE EMBARAZOS NO PLANEADOS

El embarazo adolescente es un tema que ocupa un lugar central en lo que se refiere a problemas de salud pública, específicamente con respecto al riesgo reproductivo. Así mismo, para poder entender el embarazo en la adolescencia, es indispensable abordarlo desde el nivel del macro social hasta el individual.

El embarazo entre las mujeres menores de 20 años se ha definido como un problema a partir de 1985, Año Internacional de la Juventud. Los trabajos realizados a partir de entonces, dieron testimonio de la gran proporción de población joven en el mundo, cercana a la quinta parte de la población mundial, particularmente en el llamado Tercer Mundo.

Desde hace varios años, el embarazo adolescente ocupa un lugar importante en las investigaciones que se realizan en el área de la salud sexual y reproductiva. Pick (1994) menciona que a través de estudios se han logrado identificar, primero, factores psicosociales asociados con la posibilidad del embarazo durante la adolescencia y, segundo, factores asociados con la evolución del embarazo y con el pronóstico para la adolescente una vez que el embarazo llega a una resolución.

Es importante considerar que estos estudios, han sido también producto de un sin número de casos en los cuales se ha manifestado un problema en el cual, no obstante de la información y de la accesibilidad de los métodos anticonceptivo y de información, las adolescentes siguen embarazándose. Por ello la importancia de identificar los factores determinantes que influyen en el riesgo y en la carencia de previsión de que se presente un embarazo.

De ello, se ha resaltado que el papel de los compañeros y de la pareja es fundamental, tanto en las actitudes como en la conducta sexual y anticonceptiva de la adolescente. Sin embargo, no es posible pasar por alto, la relación que la influencia social, la religión, la escuela, la familia, y las características personales de la adolescente tienen sobre los determinantes de este fenómeno (Pick, 1994).

Potencialmente el embarazo puede producirse desde el momento en que se tiene la primera ovulación o comienza la eyaculación (entre los 12 y 13 años de edad), y puede ocurrir en un solo contacto costal. En estas condiciones, el embarazo es

considerado de alto riesgo, ya que antes de los 15 años no está consolidado el desarrollo físico. Además se considera –de manera general- que no es sino hasta los 20 cuando existen las condiciones necesarias para atender a un hijo.

Por lo que se refiere a los aspectos médicos, se sabe que las mujeres que se embarazan antes de los 15 años, tienen mayores posibilidades de presentar abortos y partos prematuros o de requerir cesáreas o el uso de fórceps; también es frecuente que el trabajo de parto tenga mayor duración, lo que trae consigo sufrimiento fetal. Otra de las complicaciones que pueden presentarse es la toxemia, padecimiento que se caracteriza por el aumento de proteínas en la orina y presión arterial alta; de no seguirse un tratamiento adecuado, puede desencadenarse la eclampsia, enfermedad que daña el sistema nervioso e incluso puede provocar la muerte. El producto del embarazo tan temprano suele tener al nacer peso bajo y talla reducida. Mientras que el 2.9 % de las muertes en el primer año de vida ocurren entre los hijos de madres mayores de 20 años, 6.2 % ocurren entre los hijos de madres menores de 20 años (Welit, citado en Mayén, 1997).

Por las características psicológicas que atraviesan en la etapa de la adolescencia, pueden manifestarse depresiones, somatizaciones, intentos de aborto y fantasías autodestructivas. Mucho de ello, a causa del rechazo inicial de ella misma, la familia, del novio, de la escuela, de la sociedad en general. Los padres que ven como una desgracia el embarazo de una hija soltera se sienten culpables ante la situación, y antes de reconocerlo, se culpan mutuamente y proyectan sus sentimientos de la adolescente mediante reclamos, hostigamiento, y hasta maltrato físico. En ocasiones obligan a la hija a contraer matrimonio precoz y forzado, del que la mayoría de las veces resulta un matrimonio inestable que fracasa y termina en divorcio (Mayén, 1997).

La misma autora menciona que la adolescente que no había desertado antes, suele dejar los estudios y enfrentarse a una frustración personal, aunado a la presión económica que ahora debe asumir con o sin su pareja. En los casos en que continúa estudiando, sus compañeros la ven como una carga, sobre todo cuando trata de trabajar en equipo. En la mayoría de los casos, las jóvenes siguen viviendo en la casa de sus padres o se trasladan a la de sus suegros, sean

casados o no. Así que se vuelven más dependientes de los padres o de los suegros y se ven obligadas a someterse estrictamente a las reglas familiares, dada la necesidad de apoyo para sus hijos. Los roles cambian, los abuelos asumen el papel de abuelos-padres, lo que provoca confusión en los padres, en los adolescentes y en el bebé, quien estructura su primera relación humana con una madre-hermana. A largo plazo las consecuencias para el hijo van cobrando importancia. Las confusiones de afecto y relación dificultan su confianza básica y su seguridad personal.

Algunas adolescentes toman decisiones sobre seguir o no su embarazo cuando éste no es aceptado, ya sea por falta de apoyo de la pareja, de la familia o por propia decisión. Para Bernal (2000) un embarazo no deseado, es cuando una mujer queda preñada sin quererlo, sin embargo, el deseo de embarazarse es muy difícil de definir, ya que hay mujeres que pueden querer embarazarse pero no desearlo por la circunstancia o el momento que viven. Otras pueden estar indefinidamente abiertas a la posibilidad de embarazarse. Otras más pueden no plantearse siquiera el problema y pensar que sus embarazos tienen que ver con su destino o con una voluntad ajena a la suya. Hay quienes no quieren embarazarse nunca, o el embarazo como resultado de una violación suele ser una situación que provoca rechazo inmediato y profundo.

Sin embargo, cabría hacer una distinción entre lo que algunas personas consideran: el embarazo no planeado y el embarazo no deseado; ya que el no planeado pudiera convertirse en deseado, o cuando menos aceptado si la mujer decide, por cualquier razón, tener a la criatura. Sin embargo, -para fines prácticos-, solo es considerable el término de embarazo no planeado para referirse a dicho fenómeno.

Se considera que aunque sea difícil de entender, las mujeres no siempre tienen manera de evitar embarazarse aunque no quieran tener hijos. Las mujeres pueden embarazarse contra su deseo, puede ser (Bernal, 2000 p. 15):

- Porque que haya fallado el anticonceptivo que estaban usando. Los anticonceptivos modernos son muy eficaces pero ninguno es totalmente efectivo o no es usado apropiadamente.

- Porque no tienen anticonceptivos a la mano. Ya sea porque escasean los recursos económicos para comprarlos, o porque no existen lugares donde conseguirlos -en el caso rural-.
- Porque se resisten a asumir su responsabilidad sexual o por prejuicios culturales. En el caso de las jóvenes urbanas que saben de la existencia de los métodos anticonceptivos y que con facilidad podrían acceder a ellos, se manifiesta un temor o resistencia a asumir directamente su voluntad de tener una relación sexual protegida, pues podrían ser tachadas de “fáciles” o “promiscuas”; por lo tanto fingen ignorancia o inocencia a costa del riesgo de embarazarse.
- Porque saben poco acerca de los anticonceptivos o les tienen miedo. Hay quienes usan técnicas poco efectivas, como el ritmo o el retiro, por temor a los efectos colaterales de los métodos modernos.
- Porque están sometidas a la influencia de su pareja o de la religión. Estas influencias restringen arbitrariamente el uso de métodos anticonceptivos.
- Porque existe violencia sexual. Una violación o por relaciones forzadas en una pareja, puede provocar que una mujer se embarace sin quererlo.
- Porque en el inconsciente desearon embarazarse, aunque racionalmente no lo puedan aceptar. Hay mujeres que buscan inconscientemente la confirmación de su feminidad o su “función” o su capacidad reproductiva, pero cuando logran embarazarse se dan cuenta de que en realidad no deberían tener a la criatura.
- Porque las personas fallan. Una mujer puede olvidar tomar la pastilla anticonceptiva y muchas veces las parejas tienen relaciones sexuales sin protección aunque no quieran tener hijos.

Cuando se presenta un embarazo no planeado, la mujer se enfrenta a tres alternativas:

1. Continuar con el embarazo y quedarse con la criatura,
2. Continuar el embarazo y dar la criatura en adopción, o
3. Interrumpir el embarazo.

Sin embargo, no es fácil para la mujer decidirse por cualquiera de estas opciones. Saben que de esa decisión depende su futuro, el de las criaturas y, en parte, el de las personas que las rodean.

Un embarazo no planeado, puede afectar gravemente la vida de la mujer, pero también es afectado el contexto en el que se mueve, por ejemplo la pareja, sin embargo, la manera en que ésta es afectada es diferente. Esa diferencia depende, en primera instancia, del hecho de que el proceso biológico del embarazo se realiza en el cuerpo de la mujer. A este dato fundamental e incontrovertible, se suman las ideas que tenga cada quien sobre la decisión que se deba tomar con respecto a un embarazo que no fue planeado.

Un embarazo no planeado, puede perjudicar a la pareja cuando sus integrantes no llegan a un acuerdo sobre su continuación o interrupción. O por otra parte, el hombre a la noticia de que su pareja está embarazada, su reacción puede ser de evasión y puede optar por la ruptura de la pareja, dejando a la mujer la resolución completa del problema; algunos presionan para que aborte y otros para que tenga a la criatura; unos más apoyan a la mujer para que tome la decisión que ella considere conveniente.

Las mujeres por su parte, son quienes experimentan una presión mayor, y esto por diferentes razones: son ellas las que habitualmente asumen la responsabilidad de prevenir un embarazo; son ellas quienes vivirán en su cuerpo el embarazo o la interrupción del mismo; la definición de la feminidad, de lo que significa ser mujer, está todavía íntimamente relacionada con la maternidad. Se sigue creyendo que la única vía para la realización plena de una mujer es ser madre, y; con frecuencia, las mujeres tienen sentimientos ambivalentes frente a la maternidad, desean ser madres, pero no pueden asumir a la criatura ni moral ni económicamente.

Por ello, un embarazo no planeado puede provocar en una mujer una gama muy diversa de reacciones, desde la culpa hasta el rechazo absoluto, desde la impotencia hasta la voluntad de rehacer su vida tomando decisiones plenamente responsables.

Por otra parte, es importante mencionar las implicaciones que pudiera sufrir la criatura por no ser deseada. Como se ha podido ver, en muchas ocasiones el

abandono físico y emocional, el rechazo abierto o sutil, el abuso o la violencia, son consecuencias que comúnmente se presentan en personas pertenecientes a todos los estratos de la sociedad.

No obstante, es de suma importancia mencionar otra implicación que sufren las mujeres cuando por un embarazo no planeado, deciden abortar. Existe la opinión en gran parte generalizada, de que las mujeres que recurren al aborto, tienen vidas sexuales desordenadas, lo cual comúnmente lo implican como el querer decir, que no viven con una pareja estable o que tienen múltiples relaciones, y no desean hacerse cargo de sus hijos e hijas, son egoístas o irresponsables, solo buscan satisfacer sus instintos o no asumen las enseñanzas de la religión.

Por otra parte, otra alternativa que tienen las mujeres con embarazos no planeados y que no desean practicarse un aborto por motivos morales o religiosos y que, simultáneamente, reconocen que no pueden hacerse cargo de la criatura, es darlo en adopción. La cual implica una decisión muy difícil para la gran mayoría de las mujeres. Es incluso más dolorosa que la decisión de abortar, ya que se trata de ceder a su criatura y aceptar que no se la verá nunca más. La experiencia de soledad y abandono de las madres biológicas es muy frecuente.

Obviamente, la falta de información y de acceso a los anticonceptivos son factores que también contribuyen al embarazo precoz. Hay quien afirma que el embarazo es el precio que pagan los adolescentes por la falta de formación en educación sexual, sin embrago, esto ocurre rodeado de complejas condiciones culturales y psicológicas que muchas veces van más allá de la mera información.

3.3.2 FACTORES DE RIESGOS E IMPLICACIONES DE LAS INFECCIONES POR TRANSMISIÓN SEXUAL

De la preocupación social, al igual que en los embarazos adolescentes, las infecciones de transmisión sexual han despertado en la sociedad, el darle una gran importancia a las investigaciones que verifiquen los factores de riesgo que favorezcan las condiciones para la adquisición de cualquiera de ellas. Por las características esenciales de la etapa de la adolescencia en el despertar del ejercicio de la sexualidad, los pone en un nivel de riesgo muy alto, aunado a las características psicológicas que favorecen los comportamientos relacionados con

falta de previsión de manera general en cualquier problemática que afecte su salud. Es por ello, que parcialmente se ha descartado la idea de que por si sola la infección se manifieste y enferme al adolescente, es así que se ha dado un enfoque de gran utilidad a las investigaciones, que ha puesto sus esfuerzos en estudiar los comportamientos como factores de riesgo.

De acuerdo con Aldana (1998) las conductas de riesgo cuando hablamos de ITS y SIDA, incluyendo la conducta sexual, las conductas de salud y el uso de alcohol y drogas, están influidas de manera compleja por múltiples factores sociales, demográficos, conductuales y de personalidad. Dos tipos de cambios son particularmente relevantes para las conductas de riego respecto a ITS y SIDA: la evolución social, que va paralela a largos procesos como la transición demográfica, la revolución industrial, la industrialización, la occidentalización, el desarrollo y la maduración individual en un ámbito psicosocial.

Las conductas sexuales se encuentran íntimamente relacionadas con los factores de desarrollo, por ejemplo, el adolescente se caracteriza por tener múltiples parejas sexuales y frecuentemente acaba quedándose con una sola, lo que resulta ser completamente distinto entre algunos sectores de la población para quienes tener múltiples parejas es un estilo de vida. (Wasserheit, 1991, citado en Aldana, 1998).

No se puede elaborar ninguna intervención para codificar las conductas si no se toman en cuenta las características demográficas de la población, incluyendo edad, género, raza, estado civil, estatus socioeconómico y nivel educativo, variables todas que inciden en las conductas de riesgo respecto a ITS y SIDA; la edad y el sexo son importantes como índices predictivos del número de parejas sexuales, encontrándose que las mujeres tienden a tener menor número de parejas sexuales que los hombres y que, a mayor edad, el número de parejas disminuye. La edad y el sexo también influyen en la elección de la pareja sexual, se ha encontrado que los hombres generalmente tienden a tener más parejas y no emplean técnicas de sexo seguro para relacionarse, por lo tanto, se incrementa el riesgo de infecciones por transmisión sexual en las mujeres dada la conducta tradicional introyectada a través de la educación de género.

Los factores sociales pueden afectar las conductas de riesgo en muchos sentidos. Primero, la sociedad provee el contexto en que estas conductas se dan y en el que la persona vive; los modelos de conducta, los roles a seguir, las contingencias de reforzamiento, las normas sociales, las creencias, actitudes, valores. La autopercepción del individuo y la autoestima, están muy influidos por el medio ambiente social y afectan su conducta.

Por otra parte, entre las implicaciones de contraer infecciones de transmisión sexual puede ser en el caso del VIH, la inminente lucha por la propia vida, lo cual conlleva a emociones naturales del ser humano que se enfrenta ante la muerte, como lo es la tristeza, la rabia, la angustia, etc. Y por el lado de las infecciones menos destructivas, puede conllevar a la angustia de sostener un tratamiento médico que en algunos casos son muy extensos y costosos. Además, las ITS amenazan a la salud de diversas formas. Pueden causar esterilidad, infertilidad, muerte fetal, abortos, ceguera, daño cerebral, cáncer e incluso la muerte. También son una amenaza para la salud del recién nacido ya que la mayoría de estas Lecciones pueden ser transmitidas de la madre al producto y ocasionar malformaciones congénitas o que se presente la infección en el niño desde el nacimiento.

La mayor incidencia ocurre entre gente joven de 20 a 24 años de edad, seguidos, por el grupo de 15 a 19 años y después por el grupo de 25 a 29. Se estima que alrededor de 30% de la población mundial se encuentra entre los 10 y los 24 años de edad; en los países en desarrollo, más de la mitad de la población se encuentra por debajo de los 25 años. En muchos países, más de las dos terceras partes de los adolescentes hombres y mujeres, entre los 15 y los 19 años ya iniciaron su vida sexual.

En los países industrializados, más de dos tercios de los casos reportados de gonorrea ocurren en personas menores de 25 años. Las infecciones por Chlamydia y otras ITS virales que son incurables son causa del gran aumento en la morbilidad en gente joven. Además, por lo menos la quinta parte de la gente que padece SIDA se encuentra alrededor de los 20 años, lo cual significa que adquirieron la infección durante la adolescencia. Por otro lado, también se ha

demostrado que la existencia de lesiones ulceradas debidas a otras ITS como chancros, herpes genital, verrugas, etc., aumenta el riesgo de contraer la infección por el VIH en más de 30 por ciento.

Actualmente existe cura para muchas de estas infecciones; sin embargo las infecciones por VIH y otros virus son incurables. No obstante, el tratamiento adecuado de las ITS plantea muchos problemas. El primero es la culpa que acompaña a la infección, ya que, el hecho de tener una relación sexual (en la que no existe el uso de protección) hace que comiencen a cargar con la angustia y el remordimiento que los acompaña, por no cumplir con lo que socialmente se les exige, y si contraen alguna ITS entonces se da lugar a la profecía autocumplida de pensar que las relaciones sexuales son malas y la infección un castigo divino.

Otro punto importante es la desconfianza que se da dentro de la pareja ya que de inmediato el imaginario colectivo empieza a dudar de la fidelidad de la pareja que quizás en la actualidad si la practica y se infectó años atrás incluso antes de conocer a su pareja actual. En el caso del VIH-SIDA la situación es peor por toda la serie de creencias erróneas, pero muy difundidas que giran en torno a este padecimiento. Este es un punto muy importante ya que el rechazo social que puede experimentar una persona infectada por VIH lo hace reaccionar de maneras diversas provocando descenso de sus anticuerpos a causa de una depresión y no necesariamente debido al virus.

Existe actualmente una gran lista de ITS, ocasionadas por diferentes gérmenes, entre los cuales se hallan virus, bacterias, parásitos y hongos. Sin embargo, las manifestaciones clínicas pueden ser las mismas para diferentes gérmenes y el tratamiento varía según el germen causal. A continuación se dará una breve descripción de las ITS más frecuentes.

3.3.2.1 INFECCIONES TRANSMISIBLES SEXUALMENTE (ITS)

Infecciones producidas por bacterias y parásitos

Gonorrea

Organismo causal: Neisseria gonorrhoeae.

Tiempo de incubación: de 3 a 5 días.

Transmisión. Este organismo no sobrevive mucho tiempo fuera del cuerpo humano, por lo que si bien ocasionalmente puede transmitirse por medio de juguetes sexuales, generalmente se transmite a través del coito. Para la mujer, cuando la pareja está infectada, el riesgo de infectarse es de 50 a 90%, mientras que para el hombre es de 20%. En ambos casos aumenta de acuerdo con el número de exposiciones.

Signos y síntomas. En las mujeres la gonorrea se manifiesta por flujo vaginal y dolor al orinar. Cuando la infección abarca el tracto genitourinario alto (útero y trompas) puede causar dolor abdominal, sangrado irregular y ocasionalmente fiebre. Sin embargo, aproximadamente 50% de las mujeres infectadas no tienen ningún síntoma o, en caso de existir, son muy leves. En los hombres se manifiesta por uretritis, que se caracteriza por dolor y ardor al orinar, así como por la presencia de secreción purulenta a través de la uretra (gota militar).

Complicaciones. Cuando no se recibe tratamiento oportuno y adecuado, la infección crónica puede resultar en esterilidad. Se presenta conjuntivitis purulenta y ocasionalmente ceguera. Infecciones a distancia: endocarditis, artritis, meningitis.

Diagnóstico. La presencia de N. gonorrhoeae puede determinarse en un estudio de frotis o cultivo de la secreción vaginal o uretral.

Infecciones por Chiamydia trachomatis

Germen causal: Existen dos variedades de Chiamydia que afectan al ser humano y son causantes del linfogranuloma venéreo y del tracoma.

Período de incubación: de 3 a 12 días después del contacto.

Transmisión. No sobrevive mucho tiempo fuera del organismo, casi siempre se transmite a través del coito y, a través de las manos, puede pasar a los ojos. El recién nacido se infecta a su paso por el canal del parto.

Signos y síntomas. La infección por la variedad tracoma generalmente no produce síntomas en la mujer; puede manifestarse por flujo vaginal y ardor al orinar. En el hombre se manifiesta en uretritis con secreción uretral y molestias al orinar. En el caso del linfogranuloma venéreo, la lesión típica consiste en una pequeña roncha o úlcera no dolorosa, que aparece de 3 a 12 días después de la exposición y

muchas veces pasa inadvertida. Dos a cuatro semanas después se observa una gran inflamación de los ganglios inguinales (bubón satélite), que pueden abrirse a la piel con secreción purulenta. En estos casos puede haber manifestaciones sistémicas tales como fiebre, cefalea, náusea y dolor muscular.

Complicaciones. Enfermedad pélvica inflamatoria causante de esterilidad y embarazos ectópicos. En los hombres es causa de epididimitis; en el caso del linfogranuloma venéreo la supuración de los ganglios se vuelve crónica y la cicatrización se dificulta, lo cual puede bloquear el drenaje linfático de la zona y producir una gran inflamación de los genitales. El 70% de los niños se infectan a la hora del parto, lo cual se manifiesta como conjuntivitis grave, neumonía o meningitis.

Diagnóstico y tratamiento. El diagnóstico se basa en la sintomatología, pruebas de laboratorio rápidas, y cultivos que confirman su presencia en la secreción cervical o uretral.

Sífilis

Organismo causal: Treponema pallidum.

Período de incubación: de 3 a 21 días.

Transmisión. Contacto sexual. La espiroqueta entra en el cuerpo humano a través de heridas en la piel o en las mucosas, por lo que puede transmitirse por contacto vaginal, rectal u orogenital.

Signos y síntomas. La enfermedad consta de tres etapas: primaria, secundaria y terciaria. La sífilis primaria se caracteriza por la aparición de una lesión ulcerada en el sitio de entrada de la treponema, llamado "chancro de inoculación". Es una lesión no dolorosa que puede aparecer en el pene o en la región perianal, y en la mujer en los genitales externos o en el cérvix; también puede aparecer en la boca. Desaparece entre la tercera y la sexta semanas, aun sin tratamiento. Este tipo de lesiones son infectocontagiosas. La sífilis secundaria se manifiesta de 3 a 6 semanas después de la aparición del chancro y se presenta como una enfermedad sistémica con fiebre, dolor muscular, cefalea, fatiga y pérdida de peso. Existen lesiones diseminadas en la piel, pápulas rojas que característicamente aparecen en plantas y palmas, no son dolorosas ni

pruriginosas, pero sí altamente infectantes. Esta etapa también puede resolverse sin tratamiento después de semanas o meses y pasar a una etapa de latencia en la cual la única forma de detectar la infección es mediante pruebas de laboratorio. La sífilis terciaria: las complicaciones de la sífilis no tratada aparecen después de varios años y representan la tercera fase de la enfermedad. Las manifestaciones más frecuentes son en el aparato cardiovascular, con afección de las válvulas cardíacas y daño en el sistema nervioso central (demencia, tabes dorsal, parestesias, parálisis, etc.). Afortunadamente en la actualidad las lesiones terciarias de sífilis son casi inexistentes desde el advenimiento y abuso de la penicilina. El Treponema pallidum también puede transmitirse al producto durante el embarazo. Las manifestaciones en el recién nacido pueden ser muy variadas. Puede no presentarse ningún dato e identificarse únicamente por pruebas de laboratorio, pero también puede causar una infección generalizada con meningitis que lleve a la muerte al bebé, o bien, causar deformidades óseas.

Diagnóstico y tratamiento. El diagnóstico se comprueba mediante la visualización del Treponema en un frotis directo tomado de las lesiones, cuando las hay. Existen además pruebas serológicas; las más utilizadas son el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), RPR (Rapid Protein Reagin) y la prueba de anticuerpos fluorescentes FTA-ABS.

Tratamiento. De elección es la penicilina; el tipo y la dosis varían de acuerdo con la fase en que se encuentre y con la gravedad de los síntomas. En casos de alergia o resistencia se recomiendan otros antibióticos como la espectinomicina, las tetraciclinas o las cefalosporinas.

Tricomoniasis

Agente causal: Trichomona vaginalis (protozoario).

Período de incubación: de 3 a 7 días.

Transmisión. Es la más frecuente de las infecciones transmitidas por contacto sexual.

Signos y síntomas. En las mujeres se presenta leucorrea fétida, irritación y comezón vulvar. Pueden registrarse asimismo dolor abdominal bajo y dispareunia.

Aunque la mayoría de los hombres son asintomáticos, eventualmente presentan descarga uretral y ardor al orinar.

Complicaciones. En los hombres se resuelve espontáneamente aun sin tratamiento; en la mujer embarazada se asocia con partos prematuros y productos de peso bajo.

Diagnóstico y tratamiento. El diagnóstico se hace mediante frotis y cultivo de la secreción vaginal. El tratamiento específico es con Metronidazol, que es muy efectivo siempre y cuando la pareja se trate simultáneamente, ya que en caso contrario frecuentemente existe reinfección.

Candidiasis

Agente causal: Cándida albicans (hongo).

Transmisión. No siempre es por contacto sexual, puede surgir como resultado de la alteración del PH vaginal o de la flora normal, como en el caso de la diabetes, inmunodeficiencias secundarias a cáncer, SIDA o por uso indiscriminado de antibióticos o duchas vaginales.

Signos y síntomas. El hombre generalmente es asintomático. En la mujer existe leucorrea grumosa con gran enrojecimiento y dolor vulvar.

Diagnóstico y tratamiento. El diagnóstico se comprueba mediante un estudio de frotis y cultivo de secreción vaginal.

El *tratamiento* se hace con antimicóticos del tipo de la Nistatina, Ketoconazol o Itraconazol.

Infecciones producidas por virus

Herpes genital

Germen causal: Herpes simplex tipo 1 y 2.

Transmisión. Contacto sexual, orogenital. Tradicionalmente se describe que el tipo 1 afecta la mucosa oral y el 2 la genital; sin embargo, de acuerdo con las diferentes prácticas sexuales, cualquiera de los dos puede encontrarse en la boca, la faringe o los genitales.

Signos y síntomas. Se caracteriza por la aparición de vesículas muy dolorosas en mucosas o genitales, que rápidamente evolucionan a úlceras con halo rojizo. Al mismo tiempo pueden existir manifestaciones sistémicas como fiebre, cefalea,

fatiga, etc. Las lesiones desaparecen en días o semanas, pero frecuentemente el paciente queda como portador. En estos casos el contagio puede suceder aun en ausencia de las lesiones características. Las recurrencias generalmente tienen una duración menor, de 8 a 12 días. Cuando la infección es por herpes tipo 1, 50% de los pacientes presentan recurrencias; cuando se debe al tipo 2, 90% de ellos.

Complicaciones. Puesto que no existe tratamiento curativo, las complicaciones más importantes son de tipo psicológico y social. Existe también el riesgo de transmisión al producto, lo que ocasiona malformaciones congénitas o infección sistémica mortal.

Diagnóstico y tratamiento. Con base en la presencia de las lesiones típicas, cuando están ausentes se requiere cultivo viral o pruebas serológicas.

El *tratamiento* con Aciclovir es útil para disminuir el ataque inicial, así como para prolongar el tiempo entre las recaídas. Sin embargo, este antiviral es caro y cuando se suspende las recaídas son tan frecuentes como antes de tomarlo.

Papilomatosis (condilomas, crestas o verrugas)

Germen causal: Papilomavirus.

Transmisión: contacto sexual.

Signos y síntomas. Cuando sucede la infección puede no existir ninguna lesión y el infectado ser portador y transmisor del virus, o bien, puede presentarse una pápula, conocida como condiloma plano, o una lesión verrugosa denominada condiloma acuminado o "crestas". Generalmente no existen otras manifestaciones concomitantes, los pacientes se preocupan por la apariencia de las lesiones. En los hombres aparecen en el pene, el escroto o la uretra. En las mujeres en los labios, la vagina o el cérvix.

*Complicaciones***.** Cuando las lesiones son grandes interfieren en el coito. La infección puede transmitirse al recién nacido y causarle verrugas en los genitales o en la faringe.

Diagnóstico y tratamiento. El diagnóstico se basa en la presencia de las lesiones características y en la biopsia de las mismas. El tratamiento consiste en remover quirúrgicamente las lesiones; sin embargo, las recurrencias son muy frecuentes.

Hepatitis

Germen causal: Virus hepatitis B.

Período de incubación: de 60 a 120 días.

Transmisión. Sexual, sanguínea, oro-fecal.

Signos y síntomas. Existen portadores sanos; los síntomas iniciales son inespecíficos, como fiebre, malestar general, fatiga, dolores articulares y exantema. Posteriormente se presenta dolor en el área hepática por inflamación de la glándula, coloración amarilla de piel, conjuntiva y mucosa (ictericia). Coloración oscura de la orina (coluria) y heces pálidas (acolia); todo esto como manifestación de falla hepática. El 95% de los pacientes se recuperan totalmente en 6 a 8 semanas, sin medicamentos.

Complicaciones. Uno de cada mil casos puede desarrollar hepatitis fulminante que casi siempre es mortal. De 6 a 10 de los pacientes continúan siendo portadores y transmisores del virus, sin ninguna evidencia de enfermedad hepática. No obstante, una pequeña proporción de estos pacientes desarrollarán hepatitis crónica activa, cirrosis y muerte.

Diagnóstico y tratamiento. El diagnóstico se basa en el cuadro clínico y en pruebas serológicas que detectan la presencia de anticuerpos contra el virus. Sin embargo puesto que un tercio de los pacientes infectados no presentan ictericia y otro tercio de ellos cursan completamente asintomáticos, la investigación de portadores debe hacerse por medio de pruebas serológicas.

No existe *tratamiento* específico, pero se cuenta ya con una vacuna efectiva.

SIDA

Germen Causal: Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH o HIV)

Transmisión: Tres vías: a) Sanguínea: a través de transfusión de sangre y sus componentes contaminados con VIH, por compartir agujas en la drogadicción intravenosa, por transplante de órganos y tejidos como hígado, bazo, semen, médula ósea. Esta vía de transmisión, a pesar de ser muy eficiente, no es la más frecuente debido a las medidas de control establecidas, como la obligatoriedad de pruebas de detección del VIH en la sangre y sus componentes en la mayoría de los países desde 1986. b) Sexual: en cualquier relación sexual que exista

intercambio de semen, líquido preeyaculatorio, secreción cervicovaginal o sangre sin protección existe la posibilidad de transmisión, sea coito, anal, vaginal u oral.

Existen factores que favorecen la transmisión sexual como son la presencia de otras Infecciones Sexualmente Transmisibles (ITS), el uso de secantes vaginales, anticonceptivos hormonales o dispositivo intrauterino, etc., por lo cual el riesgo varía dependiendo de los factores coexistentes presentes.

Transmisión de una madre infectada a su bebé durante el embarazo, el parto o la leche materna; también se conoce como transmisión perinatal. Sin tratamiento existe en promedio 30% de posibilidades de que el VIH pase el bebé. Recientemente se ha descubierto que el uso de zidovudina (AZT) durante el embarazo reduce en un 67% las posibilidades de que el virus pase al bebé, por lo cual en los últimos años se está recomendando de manera amplia en mujeres embarazadas infectadas.

El VIH no se transmite por saliva, por compartir utensilios de cocina, baños, albercas públicas, teléfonos públicos, por piquetes de mosquito o por compartir la misma área de trabajo; por lo cual no es necesario aislar a las personas infectadas o separarlas del resto de las familias o de sus compañeros de trabajo o de escuela.

Signos y síntomas. La infección por VIH es una infección que pasa por varias etapas a partir del momento en que sucede la infección. De acuerdo con las condiciones previas que presente la persona infectada (estado de nutrición, enfermedades asociadas, etc.) y el acceso a servicios y tratamiento médico, psicológico y social, el paciente evolucionará a etapas más avanzadas. Uno de los principales hechos observados, es que la mayoría de las personas infectadas pasan por períodos largos sin molestias o síntomas, por lo cual no sospechan que ya están infectadas; esta etapa puede durar varios años.

Diagnóstico. La única manera de detectar que alguien se encuentra infectado es mediante una prueba de laboratorio. Las más comunes son la de Elissa y Western Blot, las cuales detectan los anticuerpos que el cuerpo genera en contra del virus.

Complicaciones. Conforme la infección va progresando van apareciendo una serie de enfermedades e infecciones a causa de la baja de defensas del cuerpo hasta

llegar a la etapa final que se conoce como SIDA. El SIDA es la etapa final de esta infección, y es cuando se presentan una serie de infecciones oportunistas, cánceres y alteraciones neurológicas debidas a la baja de defensas de los individuos, y es cuando el pronóstico es desesperanzador, ya que sin tratamiento la sobrevida promedio es de dos años.

No todas las personas pasan por todas las etapas, y existen casos de personas infectadas que han persistido sin síntomas por más de 10 años, pero la tasa de mortalidad de esta enfermedad es alta y se estima que actualmente por lo menos el 50% de las personas infectadas han muerto.

Tratamiento. No existe cura para el SIDA y a pesar de que ha habido un gran avance en la búsqueda de medicamentos que ayuden a disminuir la replicación del virus y para el tratamiento de los padecimientos asociados, no existe tratamiento curativo y generalmente se requieren combinaciones de medicamentos, los cuales ayudan a disminuir la replicación del virus, pero no lo eliminan del cuerpo y son muy costosos.

A partir de los primeros casos notificados de SIDA en 1981 se han logrado grandes avances, pero también se ha evidenciado que la infección por VIH/SIDA es un problema de salud pública complejo que tiene grandes repercusiones en el ámbito social, psicológico y de derechos humanos que deben ser abordados para poder contener esta epidemia.

Para fines de 1995, de acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, existían 18 millones de personas infectadas por el VIH y de 4.5 a 5 millones de casos de SIDA, y se calcula que se infectan diariamente 6 000 personas en todo el mundo. Con estas tendencias se esperaba que para el año 2000 existieran de 30-40 millones de personas infectadas en todo el mundo y 10-15 millones de casos de SIDA.

El SIDA es una enfermedad que tiene que ver con la sexualidad de las personas y confronta un tema íntimo y privado con el ámbito público. La categoría de transmisión que está aumentando y que ha sido más difícil de controlar es la transmisión sexual. Del 75% al 85% de los casos de SIDA en todo el mundo son

adquiridos por relaciones sexuales sin protección y el grupo más afectado es el de adultos jóvenes, ya que es el de mayor actividad sexual.

Al conocerse el perfil del SIDA por grupos de edad y al saber que entre los 25 y los 34 años se halla la mayor proporción de casos acumulados, se cobró conciencia de la importancia de atender a los grupos de menor edad en torno a dos argumentaciones: la posibilidad de que una gran parte de los casos de SIDA hayan sido contagiados durante la adolescencia, dado el largo período de incubación de la enfermedad (10 años en promedio) y, en segundo lugar, la importancia de habilitar a los jóvenes sobre el sexo protegido y seguro, si es posible, antes de iniciar su vida sexual.

Existe información de que en México los jóvenes inician sus relaciones sexuales coitales a una edad promedio de 16 y 17 años. Asimismo, se han encontrado frecuentes prácticas sexuales sin protección, con altas tasas de infecciones de transmisión sexual (ITS); y a pesar de que el 87% de los jóvenes estudiantes conocen los efectos preventivos del uso del condón, tan sólo el 33% declaran haberlo utilizado alguna vez, aun cuando el 14% de ellos había reportado de dos a cinco parejas sexuales.

Uno de los problemas que más dificulta el control del SIDA es la falta de educación preventiva, el rechazo y la discriminación que existe hacia las personas afectadas con esta enfermedad. Se han observado diversas reacciones en diversos sectores de la sociedad, tales como negación de la atención médica, rechazo en la escuela de hijos de personas infectadas o niños o adolescentes infectados, la obligatoriedad de las pruebas de detección para la entrada a escuela o universidades, despido del trabajo y la discriminación por amigos y familiares, entre otros.

Todas estas conductas han favorecido la clandestinidad y el ocultamiento de las personas infectadas por el VIH, alejando a los afectados de las instituciones encargadas de su prevención y control, por lo cual es fundamental la protección y defensa de los derechos humanos como punto central de las acciones de la lucha contra el SIDA.

La mayoría de las personas se creen ajenas al problema y no perciben el riesgo al que están expuestas, ya que se piensa que el SIDA es una enfermedad exclusiva de hombres homosexuales, mujeres dedicadas al comercio sexual, hombres y mujeres con múltiples parejas sexuales o drogadictos intravenosos.

Pero el SIDA es una infección que le puede dar a cualquier persona que tenga alguna práctica de riesgo, y se han infectado mujeres con una sola pareja sexual, hombres que tuvieron una sola pareja sexual que no sabían que estaba infectada y no se protegieron, y jóvenes que tienen relaciones sexuales sin protección, por lo cual es importante aumentar la percepción de riesgo y la adopción de medidas preventivas.

Una dificultad para introducir el tema de la sexualidad o del SIDA en las escuelas y universidades es la creencia de que al proporcionarles información de estos temas se favorecerá el inicio más temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes o se aumentará la actividad sexual. Para responder a esta inquietud la Organización Mundial de la Salud evaluó 35 estudios realizados en diversos países del mundo con jóvenes, a los cuales se les dio educación sexual, concluyendo lo siguiente: a) En ningún estudio hubo evidencia de que la educación sexual lleve a un inicio más temprano o a un aumento de la actividad sexual. b) En 6 estudios se reportó un retraso en el inicio de las relaciones o disminución de la actividad sexual. c) En 10 estudios se observó que la educación sexual incrementa la adopción de medidas preventivas en sus relaciones sexuales. d) Dos estudios mostraron que el acceso a consejería y servicios de planificación familiar no aumentaron la actividad sexual ni el inicio temprano de las relaciones sexuales (Mayén, 1997).

CAPITULO 4. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Uno de los aspectos fundamentales involucrados en el desarrollo humano, es indudablemente el de la sexualidad. Su relevancia se pone de manifiesto al observar el interés que ha suscitado en las formas de organización social y directamente en la cultura. Rodríguez (1994) menciona que con la fisiología y morfología del cuerpo, la biología establece las precondiciones que son adaptadas y transformadas para que cobren significado en las relaciones sociales. La sexualidad es algo que la sociedad produce, es el resultado de prácticas sociales diversas que le dan significado a las actividades humanas, a las definiciones e identificaciones, a los conflictos entre quienes tienen poder de definir y regular, y quienes se resisten. La sexualidad es producto de la negociación de los conflictos entre los actores sociales. Gálvez (2002) entiende que es un complejo bio-socio-cultural, que incluye al individuo, a los grupos, a las relaciones sociales y políticas, a las instituciones, a las concepciones; va más allá del cuerpo y define la identidad básica del sujeto.

La sexualidad también se relaciona con la formas de control social, ya que está en la base del poder, de hecho es una técnica de poder resultado de una compleja red de regulaciones sociales que vigilan, organizan, administran, regulan, constriñen, reprimen, moldean, crean, niegan, afirman, para conformar los comportamientos de los cuerpos.

De esto, que la reflexión de la conciencia de la sexualidad sobre su importancia como factor de transformación social, se manifiesta debido a los intereses de la población, cuando reconocen que la interacción de los fenómenos demográficos con el desarrollo general de la sociedad, ocurre eminentemente, a través de las instancias individual y familiar. Por ello, es en el ámbito de la salud, donde se han concentrado grandes esfuerzos para proporcionar a la población mayores elementos, que apoyen sus decisiones cotidianas en búsqueda y en beneficio de

un bienestar individual y social en salud, en este caso, enfocado al sexual y reproductivo.

De la necesidad social para disminuir problemas de salud en cuestiones de sexualidad, como en parte son: las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no planeados, se da paso a implementar las nociones de la salud sexual y reproductiva. Pero sin embargo, es de suma importancia advertir, que la salud sexual no solo es evitar ITS`s o embarazos, implica una serie de fenómenos igual de importantes, por ejemplo, los cánceres o trastornos situados en los órganos sexuales tanto femeninos como masculinos, los problemas de fertilidad, la menopausia, el climaterio, el cuidado del embarazo, entre otros, siempre involucrados con la sexualidad.

Antes de empezar a considerar lo que es la salud sexual y reproductiva, es importante mencionar lo que es considerado como sexualidad, para ello Gil y Zafra (2000, citado en Venegas, 2003) advierten que la sexualidad no está construida necesariamente por su genitalidad y su función reproductiva.

Por mucho tiempo se definió a la sexualidad como una fuerza natural poderosa e implacable que lleva a los individuos a expresarla como una necesidad orgánica que tiene que ser saciada y que tal fuerza va contra la civilización, contra el desarrollo de toda sociedad e incluso de toda persona, por tanto debería ser limitada y controlada por la cultura. Sin embargo en la actualidad, la sexualidad ha sido replanteada y ha sido comprendida dentro de su propio contexto social y cultural específico.

La invención de la sexualidad es un proceso continuo que simultáneamente actúa sobre nosotros y del que somos actores. Objetos de cambio y sujetos de esos cambios. En esta construcción no se niegan los procesos biológicos en la actividad sexual, sin embargo, se afirma que estos no determinan la expresión de la sexualidad y que es la cultura la que finalmente le da su forma.

Chapela (2000), expresa que hablar de sexualidad, implica enfrentarse a la necesidad de elegir, arriesgar, tomar decisiones, desear, o amar, por voluntad propia y bajo su propia responsabilidad. La sexualidad es algo complejo y atractivo

que las personas crean y recrean a lo largo de sus vidas, de manera prácticamente interminable.

No existe una definición que pueda encerrar la esencia de nada, sin embargo, si podemos definir algo desde diferentes ángulos, en este caso, de la sexualidad podemos describir muchas y múltiples facetas, entrar en algunos de sus temas específicos y salir de ellos para recordar que no estamos definiendo a la sexualidad, que simplemente la estudiamos como se estudia la materia dinámica, compleja e importante. La sexualidad es un asunto vivo e inatrapable que las personas creamos y recreamos de manera constante.

La sexualidad, en el mejor de sus sentidos, es un lenguaje que poseemos, como poseemos los lenguajes de la música, la pintura o la danza. Con los lenguajes de la sexualidad podemos dialogar internamente y comunicarnos con el otro, para compartir sentimientos, dudas, ilusiones, placer y afecto (Chapela, 2000).

En asuntos de sexualidad podemos afirmar que concepciones existen, como personas en el mundo, ya que cada quien construye la propia, sin embargo, sí podemos generalizar que implica cuestiones desde su identidad, es decir, desde la manera en que la persona se concibe como persona con sexo, que pertenece a un género, que tiene una orientación sexual determinada, que quiere o no reproducirse, que busca recibir y dar placer, que piensa e internaliza valores, que imagina y es capaz de crear y modificar todo ello.

No obstante, Álvarez-Gayou (1996, citado en Venegas, 2003) ofrece una definición de la sexualidad, mencionando que la sexualidad es todo aquello que los seres humanos somos, sentimos y hacemos en función del sexo con el que nos identificamos. Es hablar del ser biológico, psicológico y social.

Por otra parte la OMS, define la sexualidad como una parte integral de todos. Es una necesidad básica y un aspecto del ser humano que no puede ser separado de otros aspectos de la vida humana. La sexualidad no es sinónimo de coito, no es acerca de si se tienen orgasmos o no y no es la suma total de nuestras vidas eróticas; esto es parte de nuestra sexualidad, pero puede igualmente no serlo. Sexualidad puede ser mucho más: está en la energía que nos motiva a buscar amor, contacto, intimidad en uno mismo o fuera de uno; se expresa en la manera

que nos sentimos, nos movemos, tocamos y somos tocados; es sobre ser sexual y sensual, la sexualidad influye en los pensamientos, sentimientos, acciones, e interacciones y, de este modo en nuestra salud.

Concretando, la sexualidad también es la forma en que cada cual se vive como hombre y como mujer, a partir o no de los elementos del equipo biológico y la cultura propia de la sociedad, la percepción del individuo, y como lo incorpora a sí mismo y a la interacción del contacto con los demás. Dado que para cada comunidad, grupo o individuo, las definiciones podrán ser diferentes, a continuación se hace mención a algunas consideraciones de lo que en salud sexual se entiende, y que dentro de ella se contiene a la salud reproductiva.

Desde el punto de vista de que la salud sexual es un campo muy amplio, en el que queda implícita la reproducción humana, deberá hacerse la distinción de salud reproductiva, para ello Álvarez-Gayou (1986), da una descripción de lo que la OMS define como salud sexual: "La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales del ser humano en el ámbito sexual, que lo enriquezca y lo realce a nivel personal y social". Y la salud reproductiva podría considerarse como el conocimiento y la habilidad para elegir y decidir, llevar a cabo las opciones de reproducción y anticoncepción, para mantener el bienestar individual y/o familiar. Entonces, la salud sexual y reproductiva podría entenderse como el estado de bienestar o comodidad con respecto a la propia sexualidad y reproducción, desarrollando la capacidad de satisfacer las necesidades sexuales libre de malestares y enfermedades.

Así mismo la OMS considera que se requieren tres elementos básicos para conseguir una salud sexual: La posibilidad de disfrutar de una actividad sexual y reproductiva, equilibrando una ética personal y social; el ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos, ni falacias; el desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que la entorpezcan (Álvarez-Gayou, 1986).

Por su parte, Aguilar (1998) describe que la salud sexual y reproductiva comprende un campo muy amplio, que ofrece servicios de información, de planificación familiar, el cuidado prenatal, cuidados en el embarazo, prevención de

embarazos e ITS. No obstante, haría falta mencionar la información y fomento de la educación en: la metodología anticonceptiva, sexo seguro, el aborto, la reproducción, el bienestar erótico y sexual, virginidad, masturbación, relaciones sexuales, violación sexual, diversidad sexual, la prevención y tratamiento: de enfermedades y trastornos sexuales, embarazos e infecciones de transmisión sexual, entre otros.

Con lo anterior mencionado, es imposible negar que la salud sexual, sea parte integral del concepto de salud, que habla del completo estado de bienestar físico, psicológico y social.

4.1 CULTURA, COMPORTAMIENTO SEXUAL Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

La sexualidad ha sido construida en una dimensión compleja de fenómenos biosocioculturales, en donde se han fijado normas y reglas que han limitado el ejercicio de la misma con libertad. Álvarez-Gayou (1986) menciona que los estudios antropológicos sobre el comportamiento sexual dentro de cierto grupo humano, son infinitamente diferentes, ya que existen diversas costumbres, y algunas que son comunes en ciertas sociedades, son rechazadas en otras. No hay comportamientos universales, dentro de un mismo grupo social, el comportamiento sexual es modificado y matizado por diversos factores como el sexo, la edad, la religión, la religiosidad, el nivel educativo, el estado civil y el contexto cultural de desarrollo del individuo.

En la realización de estudios que comprenden aspectos comportamentales e ideológicos de la sexualidad, se ha revelado que la diferencia sexual implica desigualdad social, y se han planteado las posibilidades o limitaciones de modificar los roles sexuales, y si esto depende de los determinantes biológicos o son socialmente construidos. De estos estudios, en gran parte se ha encargado la perspectiva de género.

Así como la sexualidad, la organización genérica es otra construcción social basada en marcas corporales. Lagarde (1998) menciona que el cimiento de la organización genérica es el sexo, y se concreta en la construcción de la

sexualidad, es decir, del conjunto de hechos históricos que los sujetos producen definidos sexualmente. Para tal efecto, se da significado al dimorfismo sexual y se proyecta en la sociedad, en órdenes de géneros binarios. Así los roles genéricos abarcan normas y recursos para su realización, su control, y se plasman en comportamientos que conducen a objetivos vitales, de manera personal y colectiva. Culturalmente, los roles genéricos son fundamento de complejos modos de vida para los seres sexuados. Así, se interpreta la relación sexo-género como causal y se concluye que el género esta predeterminado y es hereditario (Badinter, 1993, citado en Lagarde, 1998).

Uno de los resultados de la organización genérica es el control social de los cuerpos de las mujeres y de los hombres, y específicamente el dominio de las mujeres a través del control expropiatorio de sus cuerpos. La subjetividad de cada mujer está marcada por dicha expropiación y produce en ella la necesidad, del deseo imperativo de ser-para-los-otros. La autoidentidad femenina tiene una marca común construida en el cuerpo: los haceres, el sentido y el fin de la existencia, están en la vida de otros, en el vínculo con otros, en lo que se hace para los otros. El poderío sobre el cuerpo se legitimiza en las ideologías, al ubicarlo históricamente en la naturaleza y de manera maniquea (Lagarde, 1998).

De acuerdo con la misma autora, el sistema se completa en el otro género al crear el cuerpo masculino que contiene la subjetividad de un ser poderoso y no anclado, limitado a no ser lo que es la mujer, con un amplio espectro de haceres, dueño de sus creaciones. Identificados con el mundo, en sus acciones, sus hechos y su subjetividad, a realizar la ganancia, la gratificación y el éxito personal y social. Todas las relaciones íntimas o públicas están marcadas por la opresión, y desde luego por la relación goce-éxito, trascendencia versus daño, expropiación y sufrimiento de quienes mujeres u hombres estén implicados (Lagarde, 1998).

Es así, que la perspectiva de género designa las relaciones simbólicas construidas socialmente, determinadas en la biología de los sexos hombre y mujer, haciendo descripciones mediante la transmisión y el aprendizaje de las ideas, normas, prescripciones y valoraciones culturales, sobre lo que comúnmente se ha hecho corresponder a lo fundado como masculinidad y feminidad, informan

a las personas acerca de lo obligado, lo prohibido y lo permitido. Desde esta perspectiva psicológica, se articulan tres instancias básicas: *la asignación de género*, a partir del nacimiento se asigna con la apariencia externa de los genitales, aunque hay veces que dicha apariencia no corresponde con la carga cromosómica o de los órganos sexuales internos; *la identidad de género*, se establece más o menos a la misma edad en que el infante adquiere el lenguaje y es anterior a su conciencia de la diferencia anatómica entre sexos, en el cual el niño se asume y se manifiesta en actitudes, comportamientos y juegos establecidos como masculinos o femeninos, dependiendo de su sexo o no, como el caso de los hombres con matices femeninos o mujeres con matices masculinos; y *el rol de género*, que se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino, donde se establecen estereotipos, las más de las veces rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género (Mayén, 1997).

De acuerdo con esta autora, el origen biológico de algunas diferencias entre hombres y mujeres y la predisposición biológica no es suficiente por sí misma para provocar un comportamiento. No hay comportamientos o características de personalidad exclusivas de un sexo. Ambos comparten rasgos y conductas humanas. A partir de las distinciones entre sexo biológico y lo construido socialmente, se empezó a utilizar la concepción de *género*, para nombrar muchas situaciones de opresión hacia las mujeres, justificadas por la supuesta diferencia de fuerza. Si bien, las diferencias genéricas son la base sobre la cual se asienta una determinada distribución de papeles sociales, esta asignación no necesariamente depende de la biología, sino que es un hecho social. Por ejemplo: la maternidad en la mujer desempeña sin duda un papel importante en la asignación de tareas, pero no por parir hijos, las mujeres nacen sabiendo lavar y planchar, sólo tiene que ver con lo que se conceptualiza como trabajo femenino. En casos de necesidad, o por oficio, los hombres también pueden realizarlo.

Por su parte Bustos (1994), menciona que la rotulación del género se genera por la socialización que atraviesan los seres humanos, mediante la participación con la familia, la educación formal e informal, la religión, los medios de comunicación, entre otros. Y que difícilmente puede deslindarse por completo de las formas simbólicas asignadas masculinas y femeninas que se han interiorizado en la biografía personal, en los modos de expresión de las emociones y los deseos, de los estilos para mover el cuerpo, gozarlo y vestirlo, y de los medios para controlar las potencialidades eróticas y reproductivas que marca la cultura. (Rodríguez, 1994)

La autora menciona, que por la importante influencia de la construcción ideológica judeocristiana, de la cual deviene en gran medida el moldeamiento de nuestra cultura sexual, ésta se ve como un terreno de angustia moral y conflicto, basado en el dualismo entre espíritu y la carne, la mente y el cuerpo. Esto ha creado una configuración cultural que rechaza al cuerpo y al mismo tiempo está obsesivamente preocupado por él.

Esta cultura de Occidente además dejó un legado de su estructura genérica en México de lo que debiera según su postura, significar ser hombre masculino o ser mujer femenina, determinando el lugar y el valor de las conductas para cada género sexual. La dicotomía masculino-femenino alcanza dimensiones dramáticas; que en nuestro país el machismo está mas arraigado que en otras culturas latinoamericanas; que la situación de sumisión de la mujer es tan aceptada; y que la incorporación de la mujer al mercado de trabajo no ha implicado un cambio en la equidad de la realización de las labores tradicionales (Lara, 1994).

A partir de aquí, Flores (2001) afirma que se han generado modelos, costumbres y estereotipos para lo masculino y lo femenino en el ámbito de su sexualidad. Bajo este panorama, se ha determinado que el hombre es el que tiene el poder, el mandato, y el control, su cuerpo está representado por aquel que da placer teniendo así el derecho de sentir deseo. La mujer, por el contrario, es rechazada si muestra su parte erótica o si tiene el deseo de sentir placer, ya que cuando esto ocurre, se le castiga con la connotación de impureza. De tal manera, que esta

visión repercute en su sexualidad y en su relación con el hombre, ubicándosele como la dominada, la que no tiene derecho sobre su propio cuerpo, ni al placer, pues es sólo un objeto de deseo: su identidad sexual queda limitada a una función reproductiva y del placer exclusivo para el hombre, de tal forma que la maternidad es un instinto y no una elección personal.

De acuerdo con Lara (1994), la masculinidad que se ha enraizado en el hombre tiene muchas implicaciones en lo que se conoce como machismo, que se describe como una orientación al culto de la virilidad, cuyas características son la exagerada agresividad e intransigencia entre hombres y una actitud de arrogancia y agresión sexual hacia las mujeres. La preocupación primordial, que llega al grado extremo de ansiedad, es la demostración de la masculinidad, de la potencia sexual, la capacidad de conquistar y engendrar, mismas que giran alrededor del gran valor que se le da a su miembro viril, al cual se le es considerado como significado de poder. Esto lo demuestra de diversas formas: sometiendo a “su mujer”, física, emocional, económica o sexualmente, impidiéndole que tenga contacto con otros hombres, fecundándola, manteniendo constantes relaciones extramaritales, resumiendo su potencia sexual en tiempo, cantidad, tamaño, fuerza, etc. en una relación exclusivamente coital, y que comúnmente no le importa si su pareja ha recibido placer, y en el caso de que si se diera esta situación, lo atribuye solamente a sus potencialidades sexuales y anulando las capacidades de la otra parte.

Por otra parte, el mismo autor, hace mención al síndrome de la mujer sufrida, también descrito como marianismo, maternalismo, hembrismo o sumisión, consiste en un culto a la superioridad espiritual femenina, que enseña que las mujeres son espiritualmente superiores y más fuertes que los hombres. Este culto lleva a las mujeres a no evitar el sufrimiento, sino luchar por hacerlo evidente, mostrando las actitudes correspondientes de abnegación, que son más pronunciadas entre más sufrimiento les inflijan sus cónyuges, mas son merecedoras de alcanzar reconocimiento o admiración. También se caracteriza por una gran dependencia, conformismo en la relación con el hombre.

Rodríguez (1994) reafirma que la sexualidad sigue definiéndose en términos de un rango limitado de comportamientos apropiados. Sin negar los avances y el reconocimiento de prácticas y estilos diversos de expresión, la pauta aceptable para la actividad sexual, es el matrimonio monogámico, entre parejas de edad equitativa y de diferente sexo. Las normas de la sexualidad en pareja, están relacionadas estrictamente hacia la reproducción. Además se le ha asignado al hombre, la iniciativa en cuanto a la conducta sexual y a la mujer un papel pasivo (Lara, 1994).

Un estereotipo muy generalizado, es que los hombres tienen, por naturaleza, una mayor inclinación hacia la actividad sexual que las mujeres y que la excitación sexual en el varón se produce rápida y automáticamente, en tanto que la mujer necesita que la traten con ternura y aún así se cree que su capacidad de excitación es bastante limitada. Estos estereotipos tienen consecuencias negativas en cada persona: los varones se reforzarán por estar a la altura de las expectativas, lo que con frecuencia tendrá un efecto contrario y las mujeres se adaptarán a esta imagen limitada respecto a su capacidad sexual inhibiendo sus verdaderas potencialidades.

Mayén (1997) menciona que en nuestra cultura, las condiciones para el desarrollo de los varones y de las mujeres adolescentes son diferentes. Unos y otros son sometidos a diferentes sistemas de restricciones, normas y expectativas del rol.

Esta investigadora destaca las diferencias antropológicas que ha podido detectar en el condicionamiento de la conducta vinculada al sexo, lo cual es determinado siempre por su carácter de funcionalidad de acuerdo con la cobertura de necesidades propias de la cultura. En el caso de nuestra cultura, señala que hay un patrón de personalidad social masculina en la vida sexual, que le es permitida al muchacho por los mayores, pero se espera que respete a las muchachas "de buena conducta". En lo que a las mujeres concierne, cuando crecen en un hogar donde su rol está subordinado al de los varones, son inducidas a seguir en el mismo papel.

La acción moldeadora de las madres se vierte hacia la conducta sexual, encaminada a lograr en la mujer actitudes de mesura, control e inhibición

biológica. En la guarda de la virginidad, la antropóloga distingue a las familias que se adhieren a este ideal por razones de moral religiosa, de las familias que apoyan sus razones en una valoración social, y cuyo ideal es de honor y de prestigio frente a otros. Para asegurar el logro del comportamiento sexual que se espera de la mujer, los mayores pueden procurar mantenerla ignorante, en su adolescencia temprana, de la fisiología de la reproducción, lo cual es considerado "inocencia". Por ello también tratan de seleccionarle amigas recatadas.

Si bien es cierto que el patrón descrito está cambiando en la mayoría de las familias, las tendencias que provienen de este esquema se mantienen aun en grupos de jóvenes muy liberales. La adolescente de virtud fácil, "suelta", cumple un papel importante para el varón que se rige por el doble patrón de afirmación sexual y exigencia de castidad en la mujer. El doble patrón implica para el joven una socialización en la que se disocia la expresión propiamente sexual de la ternura amorosa.

La confianza básica estudiada por Erikson (citado en Mayén, 1997) se produce a partir del intercambio afectivo de la madre con el niño. El varón, para definirse como tal, debe renunciar a ese nexo y entonces acercarse a su padre. Debido al carácter posesivo de muchas madres en nuestro medio, para que se realice la identificación masculina el varón renuncia a la afectividad de la madre (rasgo femenino en nuestra cultura) y lo sustituye por la mayor racionalidad o intelectualidad y el comportamiento agresivo del padre. La niña, que no necesita de esta renuncia, mantiene su identificación primaria con su madre y así conserva la mayor capacidad de expresión afectiva en su nivel adulto.

Por otra parte, todas las sociedades distinguen a los niños de los adultos. Desde el punto de vista de la eficiencia, sólo el adulto es verdaderamente completo. La entrada en la etapa adulta se reconoce mediante ritos y actitudes simbólicas, cuando el adolescente da los primeros pasos hacia la etapa adulta.

Existen numerosos estudios acerca de los ritos de iniciación en la pubertad, en diferentes culturas. En este apartado procuraremos sistematizar aquellas conductas que en nuestra sociedad apuntan simbólicamente al reconocimiento del pasaje que se efectúa de la niñez a la etapa adulta.

Estos ritos de pasaje cumplen con un rol social: confirmar al adolescente en su rol sexual, demostrarle que ya ha abandonado la niñez y conducirlo, por medio de un aprendizaje simbólico, hacia la identificación con el adulto.

En un estudio preliminar efectuado en muchachos de una población urbano-popular (1975-1976) pudo apreciarse que éstos consideraban terminada su niñez cuando ocurría uno o varios de estos hechos: embriagarse con licor, fumar, consumir drogas, establecer relaciones sexuales o sentimentales con el otro sexo y finalizar el ciclo escolar. Se consume como una modalidad que afirma la ruptura con el código moral correspondiente a la niñez.

Desde este marco, se regulan normas de comportamiento para el cuerpo femenino y masculino, que si no son seguidas como debe ser, acarrean la condena, creando culpa y miedo por transgredir lo prohibido (Flores, 2002). De hecho, en toda sociedad se reglamenta de alguna forma la vida sexual, la manera en que lo hace cada grupo social, depende de la concepción que tenga de la sexualidad, de tal modo que debe estar al servicio de la reproducción y se consideran malas, aquellas conductas que no tengan como finalidad la reproducción (Rodríguez, 1994).

En relación a lo anterior, es preciso mencionar que la sociedad mexicana aprende y vive la sexualidad cargada de prejuicios, mitos y culpas. Esto está determinado por la moral tradicional, construida con una visión dualista que separa la sexualidad entre lo bueno y lo malo, estableciendo que lo bueno tiene que ver con el espíritu y lo malo con el cuerpo. De ahí que la mitología de la Eva pecadora, seductora, inclinada a la tentación, se traslada a la mujer, cuyo cuerpo es visto como el pecado y el deseo.

En este contexto cultural, donde el ejercicio de la sexualidad está determinado solo para el matrimonio y en función de la reproducción, la intimidad sexual de los adolescentes, aparece riesgosa e ilegítima en si misma. La connotación negativa de la promiscuidad de la juventud, el embarazo adolescente, la transmisión de infecciones sexuales como el VIH, se han convertido en punta de lanza contra el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todo ser humano

independiente de su edad, bajo la consideración de que no son capaces de ejercer una sexualidad de manera libre y responsable.

Es así, que se ha reportado que muchos adolescentes han sido limitados en el acceso a la información sobre sexualidad desde su forma más básica, y no saben donde acudir para obtenerla. Las creencias y mitos populares respecto a la sexualidad se encuentran presentes cada vez que se exploran los conocimientos de los adolescentes; así, por ejemplo, el pensar que no se pueden embarazar cuando son muy jóvenes, cuando tienen relaciones sexuales por primera vez o cuando son relaciones esporádicas. Las ideas erróneas respecto a las formas de evitar un embarazo, se asocian con las actitudes de rechazo a los anticonceptivos. De acuerdo con esto, los conocimientos determinan las actitudes y éstas, a su vez, influyen en las intenciones y en la conducta, de manera que la difusión de ideas erróneas acerca de la sexualidad continúa siendo un factor de gran peso dentro de la conducta sexual del adolescente Pick (1994).

De acuerdo con lo anterior, es el contexto sociocultural un factor que pone en riesgo las conductas sexuales de las y los jóvenes. Amuchástegui (2001) plantea que los significados culturales influyen a tal nivel en la vida de las personas, que en muchos casos se vuelven obstáculos para recibir una información objetiva y veraz, pues todavía coexiste un discurso prohibitivo de la sexualidad concibiéndola aún como el pecado de la carne y por tanto sujeta a control y sobre todo en las mujeres. Esto se vuelve un velo en las conciencias de los jóvenes que impide ver la sexualidad como dimensión importante en la conformación de un proyecto de vida.

Respecto a las variables familiares que se asocian con el embarazo cuando no existe una educación adecuada en sexualidad, es frecuente encontrar la presencia de embarazos tempranos en la familia y el antecedente de que la madre se embarazó durante la adolescencia. La reacción de la familia ante el embarazo durante la adolescencia, aún cuando al inicio puede ser de rechazo, por lo común termina en la aceptación y en la integración del bebé a la familia y con la unión de la pareja, provocando nuevas consecuencias psicosociales y problemas en la dinámica familiar. Por otro lado, las características personales de la adolescente

que tiene relaciones sexuales y no utiliza anticonceptivos se asocian con una baja valoración de sí misma, con la falta de control interno de sus acciones y bajas expectativas escolares.

Desde el punto de vista social y educativo, el valor que se da a la maternidad y las características del rol femenino dentro de la cultura, parecen determinar en gran medida que las jóvenes se valoren en función de su rol materno. En general, el embarazo representa para ellas un motivo de atención y de ganancias secundarias que se ven reflejadas en un incremento de valoración personal durante la etapa del embarazo.

Con las implicaciones anteriormente mencionadas en cuestiones de roles genéricos humanos involucrados a la sexualidad, pareciera que el placer requiere de compañía, sin embargo, en la penúltima década del siglo pasado, aparece su acompañante más temido: el SIDA, que puede considerarse, como pago al costo de las limitaciones que provoca la falta de cultura en la práctica de los derechos de la humanidad.

Es así que en la actualidad los adolescentes tienen que vivir su sexualidad, sorteando los cambios históricos heredados y enfrentando el presente a un alto costo. Álvarez-Gayou (1986), menciona que en 1974, una reunión de expertos de la OMS declaró que los problemas de la sexualidad humana tienen más importancia y trascendencia para el bienestar de los individuos de muchas culturas, de lo que hasta la fecha se había aceptado.

4.2 CULTURA DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En el silo XX, durante la década de 1960, los estudiantes del mundo enfrentaron una gran crisis, lo que permitió el cuestionamiento de las estructuras sociales y las instituciones vigentes. La sexualidad no pudo quedarse atrás, ya que se revolucionó en forma conceptual y práctica el comportamiento sexual de los adolescentes, y esto incidió en los valores, las creencias, las pautas de conducta, las normas, la relación amorosa y la perspectiva de género. No cabe duda que un acontecimiento determinante de unas décadas atrás, fue la aparición de la píldora

anticonceptiva. Lo cual representa un triunfo al lograr separar la reproducción y el placer, Aguiar (1994).

Sin embargo, junto con esta revolución, se conllevó a una serie de dificultades para establecer un bienestar individual y social en salud sexual, ya que comenzaron a surgir enfermedades y problemas sociales que se relacionaban directamente con las prácticas sexuales.

Lo anterior dio la pauta para plantear una cultura de la salud sexual y reproductiva. Para ello, es necesario dilucidar las condiciones para vivir una sexualidad con respeto, responsabilidad, libertad, autonomía y placer, la cual se puede alcanzar dentro de los propios comportamientos, con un estado de conciencia en el bienestar individual y social.

Para Rodríguez (1994) existen múltiples e intrínsecas maneras de moldear las emociones, los deseos y las relaciones entre hombres y mujeres. La cultura sexual en salud, es un campo de construcción social presente en todas las formaciones sociales. Cualquier modificación en las culturas y en especial de la sexual, estriba en estar estrechamente vinculadas a la identidad, a la construcción de normas morales y prácticas, y a la regulación de relaciones sociales, que buscan el bienestar social en la salud, la seguridad, la unificación moral, y la higiene para la prosperidad de ésta.

Las actitudes de aceptación o de rechazo de los comportamientos sexuales en un mismo grupo humano, se modifican con el tiempo y los sucesos históricos sociales. La especie humana, hasta cierto grado, ha sido liberada de la obligación de reproducirse hasta el límite de su capacidad; la reproducción ahora se ha replanteado como una opción de cada pareja y su parámetro esta fijado por la capacidad de su economía, proyecto y expectativas de vida y capacidad de ofrecer una calidad de atención hacia los hijos.

Hace 15 años en México y otros países, era imposible mencionar en público el concepto de anticoncepción y mucho menos mencionar las palabras como pene, vagina, masturbación, entre otros conceptos que ahora son comunes es algunos ámbitos sociales, y aunque aún quedan remanentes, se ha visto la necesidad de desmitificar los aspectos sexuales de los seres humanos (Álvarez-Gayou, 1986).

De esta manera, hemos podido notar que las concepciones anteriormente utilizadas para definir ciertos fenómenos, actualmente han sido replanteadas, por la necesidad de acoplar dichas conceptualizaciones en un plano que saliera de los mitos y prejuicios con los cuales observaban a la sexualidad.

Un ejemplo de lo anterior, sería lo que antes se le llamaba planificación familiar y que era dirigido para la población en general cuando el fin era referirse a la evitación o postergación de un embarazo, ahora se replantea como anticoncepción, por la necesidad de que los adolescentes no necesaria o estrictamente piensan en planear su familia, sino simplemente evitar un embarazo. Otro ejemplo más, sería el que antes al homosexualismo se le consideraba como una desviación sexual, ahora se le replantea como orientación o preferencia sexual, o a lo que la masturbación también se le consideraba como desviación y algo perjudicial, ahora se le replantea como una necesidad natural y una alternativa más de placer erótico. Así, podría enumerar una serie muy extensa de ejemplos en los cuales por las necesidades sociales, se van configurando cambios en beneficio siempre de la misma sociedad.

Al respecto, es importante señalar, que actualmente la vigilancia de la conducta y del deseo sexual, se ha puesto en tela de juicio, permitiendo que las mujeres y los hombres, poco a poco acomoden las reglas establecidas con su propia realidad, a fin de incorporar en su vida sexual, todo aquello que les permita ejercerla con dignidad y responsabilidad.

De esta manera, se pueden considerar capaces de ejercer sus derechos y tener más opciones para decidir lo más conveniente o no, en cuanto a expresar, disfrutar y compartir la sexualidad, de acuerdo a su bienestar. Con respecto a lo privado, como en lo público y social.

Es así, que la cultura de la salud sexual y reproductiva, es fomentada por los contenidos y métodos educativos, que guardan una relación con las finalidades y objetivos pretendidos en el bienestar social. Rodríguez (1994) menciona que dentro de los programas revisados en organizaciones, en México encontramos la combinación de por lo menos cuatro enfoques: el participativo, el psicoanalítico, el cognitivo-conductual y el de género.

Sin embargo, la educación sexual no solo la hacen los programas de educación sexual, esta viene desde el contexto familiar, escolar, de amistades, o de comunicación masiva social.

Los padres son un grupo prioritario quienes involucran estilos de relación entre los géneros, lo cual puede ayudarles o constituir factores de riesgo en sus hijos, por ejemplo, si los padres le niegan a su hija el poder sobre su cuerpo, al restringirle el conocimiento de su propia sexualidad, esperando que su pareja o el esposo sea quien le enseñe cómo es que debiera responder su cuerpo, y que además viviera dentro de una familia donde existen conflictos de violencia, esta persona podría encontrar tener una relación en donde pudiera confundir el placer con el amor o creer que las relaciones coitales, llevan implícito el amor, es decir, cambiar sexo por amor, o considerar como una opción, las relaciones coitales como una forma de entablar una relación con compromiso en la que se pueda obligar al otro a "salvarla" de su ambiente familiar.

De ello, es fácil deducir que la mera información sobre el uso de métodos anticonceptivos o de barrera, no son suficientes para evitar problemas de salud sexual y reproductiva, es por ello, que desde la familia, debieran advertirse las condiciones mas adecuadas en las que se pudiera encontrar una salud de la sexualidad en pareja. Pero sin embargo, sabemos que la familia aunque quisiéramos, no es un factor que se pueda controlar con facilidad, por ello, algunos de los programas de salud sexual, incluyen aspectos importantes de las relaciones en pareja, como lo es la comunicación, el respeto, la autoestima, la autonomía, la asertividad, la negociación, el proyecto de vida, elección de pareja, entre muchos otros aspectos influyentes en las relaciones humanas, y que algunas están basadas en los derechos fundamentales humanos.

No obstante, la prevalencia de normas sociales tradicionales, ha obstaculizado la posibilidad de brindar educación sexual en la prevención de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, por lo que es común encontrar creencias y actitudes actuales que no favorecen el uso de anticonceptivos entre los adolescentes que tienen relaciones sexuales.

Otro ejemplo de la educación sexual en el fomento de la salud, son los profesores, que en ocasiones consideran que al hablar de sexualidad con sus alumnos, perderán el respeto, pero que sin embargo, pudieran manejar cierto papel muy útil en la promoción de que las y los jóvenes se responsabilicen de su propio cuerpo y otras aportaciones igual de importantes (Rodríguez, 1994).

Por las dificultades de incidir en lo anterior, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, o profesionistas interesados en la salud y bienestar social, sugieren un conjunto de propuestas que reflejan el estado de las negociaciones entre los programas de educación sexual, para difundir y dar alternativas en todo lo referente a la sexualidad, desligándose de la idea de que ésta, solo gira alrededor de la reproducción o de la genitalidad, o en el mero uso de métodos anticonceptivos y de barrera para evitar infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados, ya que la salud sexual no solo es eso, pero que sin embargo, por las proporciones del malestar social, solo se ha puesto atención a ello.

De tal manera, los programas se están dirigiendo a ser lo suficientemente amplios, para que en cada familia se encuentre por lo menos un miembro informado que ayude en cierta medida a romper mitos y tabúes que se han heredado a lo largo del tiempo, y de esta manera incida gradualmente en la cultura de la salud en el bienestar social. Que al lograr cambios en unas cuantas personas, éstas generan el cambio en su comunidad, siendo de gran importancia la participación de los maestros, orientadores, padres y madres de familia, amistades, etc., incidiendo en las ideas de responsabilidad y toma de decisiones de su propio cuerpo, para lo cual es necesario, informar, concientizar y cambiar la percepción de la propia sexualidad, poniendo en práctica estrategias adecuadas a cada contexto social.

4.2.1 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Como se sabe, la sexualidad es parte integral de la vida humana. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas, como el deseo de contacto, intimidad, expresión corporal, placer, entre otras. Hoy, ante la construcción de la cultura sexual que se ha manifestado en la interacción del individuo y las estructuras sociales, se dificultan los cuestionamientos sobre lo que

aparentemente es natural en la sociedad, sin embargo, con la necesidad de decidir conforme a lo que se considera más funcional para el bienestar social e individual, creando una cultura de la salud sexual, pese a rechazar lo establecido, de lo cual surgen los derechos sexuales y reproductivos.

Como resultado de numerosos estudios, hoy sabemos que el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, conlleva una falta de control sobre el propio cuerpo que genera, a su vez, comportamientos sexuales de riesgo, articulados a una visión negativa de la sexualidad. Además de ello, se suman los abusos sexuales, la violencia, y el hecho de que en más de la mitad de las relaciones sexuales de personas entre los 15 y 20 años no utilizan métodos anticonceptivos, lo cual trae como resultados, embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual.

El promover la reflexión de las relaciones entre hombres y mujeres desde un punto de vista ético, basado en la justicia social, es una tarea sustentada en los derechos humanos universales, basados en la libertad, dignidad y equidad. Dado que la salud es uno de los derechos humanos fundamentales, la salud sexual y reproductiva, debe ser un derecho humano básico.

Sin embargo, habría que enfatizar que a la par del ejercicio de los derechos sexuales, está el ejercer las obligaciones de dicho ejercicio. Estos están en base al derecho de que el otro tiene los mismos derechos. Todo ello, va dirigido a todas las personas, teniendo la posibilidad de ejercer los derechos y asumir la responsabilidad que este ejercicio conlleva. Y tomando en cuenta el respeto y la responsabilidad personal y de terceros, es decir, se puede ejercer las libertades y garantías individuales, en tanto no se violenten los derechos de los demás.

Para Sánchez (2003), los derechos de salud sexual y reproductiva, son el conjunto de prerrogativas (Derechos y libertades) universales, inalienables (a los que no se puede renunciar) e inherentes a la naturaleza de la persona en al ámbito sexual, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo que vive en una sociedad jurídicamente organizada. Este conjunto de privilegios, incluye el ejercicio de nuestras libertades y garantías individuales en la medida en que no quebrante o vulnerabilice el derecho de los demás.

El objetivo de los derechos sexuales y reproductivos es que a las personas se les permita comprender por lo que tiene que ser un derecho humano, ya que es una facultad y una libertad fundamental. Estos derechos, no están separados de los derechos civiles, políticos y sociales, pues ellos implican el derecho a la libertad individual, de pensamiento, de conciencia, de religión, de opinión y expresión, equidad, información y educación, cuidado de la salud, tener acceso a los beneficios del progreso, privacidad o intimidad y a vivir libre de violencia (Chandiramani, 2002)

Los derechos sexuales y reproductivos han sido producto del esfuerzo conjunto de diversas organizaciones de la sociedad civil y de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y está basada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en diversos instrumentos internacionales ratificados por el Estado mexicano.

Dentro de los derechos sexuales que han sido integrados a las leyes mexicanas, a pesar del gran esfuerzo mundial para que formen parte de los derechos humanos, las organizaciones dedicadas a promoverlos destacan los siguientes:

1. "Derecho a decidir de forma libre sobre el propio cuerpo y sexualidad. Derecho a la plena expresión de la sexualidad, a la privacidad, a decidir sobre nuestro cuerpo, incluyendo el autoerotismo. Nadie debe presionar, condicionar, ni imponer sus valores particulares sobre la forma en que se decide vivir la sexualidad
2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente de la propia vida sexual. Derecho a vivir de manera autónoma, placentera y gozosa en las relaciones sexuales, de acuerdo con los propios valores. A vivir cualquier experiencia, expresión sexual o erótica que se elija, siempre que sea lícita y a la no discriminación o maltratos por la edad, sexo, género, orientación o identidad sexual.
3. Derecho a manifestar públicamente los afectos. Las expresiones públicas de afecto promueven una cultura armónica afectiva y de respeto a la diversidad sexual. Ejercer las libertades individuales de expresión,

manifestación, reunión e identidad sexual y cultural, independientemente de cualquier prejuicio.

4. Derecho a la libre asociación sexual. Derecho a reconocer que existen diferentes tipos de uniones, familias y convivencia social, Eligiendo la o las parejas que se quieran y de qué manera se relacionan, es decir, si se quiere vivir con ellas o no, si se casan o no, si se separan o no, si son del mismo sexo o no.
5. Derecho a la integridad sexual. El cuerpo, los espacios, las pertenencias y la forma de relacionarse con los demás son parte de la propia identidad y privacía, y nadie puede irrumpir o someter en ello, sin el propio consentimiento.
6. Derecho a vivir libre de violencia sexual. Cualquier forma de violencia hacia la propia persona afecta el disfrute pleno de la sexualidad, se tiene derecho a la libertad, a la seguridad jurídica y a la integridad física y psicológica. Nadie puede abusar, acosar, hostigar, someter, torturar, mutilar o explotar la sexualidad de una persona.
7. A la toma de decisiones reproductivas libres y responsables. Se puede decidir de acuerdo con los propios deseos y necesidades, si se quiere tener hijos o no, cuantos, cuando y con quien.
8. A la equidad sexual. Derecho a satisfacer las necesidades y respetarlas en su diversidad. Nadie debe discriminar por género, orientación sexual, edad, etnia, condición social, religión, capacidad física o mental. A acceder a las mismas oportunidades de desarrollo personal integral.
9. A tener acceso a servicios de salud reproductiva. Los derechos integrales de salud, deben ser accesibles y proporcionar métodos anticonceptivos diversos y modernos.
10. A la información completa, científica y laica sobre sexualidad. Debe ser amplia, objetiva, verídica, ética, y no manipulada o sesgada y debe abordar el placer, el erotismo, la vida afectiva y la equidad de género, la reproducción y la diversidad, para permitir la toma de decisiones responsables e informadas.

11. A la educación integral sobre sexualidad. Debe ser liberadora, libre de prejuicios y responder a las necesidades y preocupaciones de la gente joven. Este proceso debe estar presente en todos los momentos de la vida y en todos los espacios que se ocupan como sujetos sociales. Debe involucrar a todas las instituciones como familia, la escuela, los servicios médicos, etcétera.
12. A la atención en salud sexual. Es un derecho tener acceso a servicios de salud gratuitos, oportunos, confidenciales y de calidad, para la prevención y tratamiento de todos los problemas de salud, preocupaciones sexuales, como pleno respeto a nuestra dignidad y derechos, incluyendo la confidencialidad y la equidad".

4.2.2 PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO PLANEADOS

Uno de los motivadores básicos del desarrollo de programas de educación de sexualidad y reproducción, es precisamente la alta tasa de embarazos en adolescentes. A razón de esto, es que se ha centrado gran atención en crear estrategias para prevenir los embarazos no planeados, partiendo de una adecuada y completa educación sexual, procurando de esta manera, la mejora de la autoconciencia y la cultura de la salud sexual y reproductiva.

Algunos factores asociados principalmente a las limitaciones para crear una cultura en prevención de embarazos no planeados y que son factores que favorecen los comportamientos de riesgo, son un tanto las características personales, en cuanto creencias que favorecen los comportamientos de riesgo, estos son en gran medida influenciados de manera social, escolar, de la pareja, del grupo de amigos, de la educación familiar, o de la relación entre la adolescente, y la familia de origen de su pareja.

Partiendo de esto, nos hemos dado cuenta que en muchos ámbitos sociales, la educación sexual, ha quedado incompleta, censurada y meramente enfocada en algunos aspectos de la reproducción y de la biología sexual. Es por ello que se han creado algunos programas que intentan de una manera más amplia, integral y adecuada a cada contexto, prevenir los embarazos adolescentes no planeados, de forma que se repercuta sobre los factores que determinan las conductas sexuales

de riesgo. De manera simultánea se dan las herramientas estratégicas que pueden ayudar a la prevención del embarazo, con la información acerca de la metodología anticonceptiva.

Definitivamente, las formas de evitar un embarazo no planeado, revoluciona de forma conceptual y práctica, las creencias, los valores, las normas, la relación de pareja, la construcción social de lo masculino y lo femenino tradicional y los comportamientos, que en gran medida por la necesidad social, se han permitido cambios en la búsqueda del bienestar social. Algunas de las formas de evitar un embarazo se describen en ciertas estrategias que van en función de comportamientos basados en la información acerca de la prevención de éstos, como lo son: la abstinencia del contacto sexual o el uso de métodos anticonceptivos, que como su nombre lo indica, no permiten la concepción, inhibiendo la fecundación o implantación del óvulo, o bien, impiden el paso o la vida de los espermatozoides; por otra parte otra manera es la interrupción del embarazo, mediante diferentes técnicas, sin embargo, esto no se incluye dentro de los métodos de prevención del embarazo.

No obstante Pick (1992) menciona que se ha observado que la mera adquisición de conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción no es suficiente para la prevención de conductas sexuales no protegidas. Además de este tema, las variables que se han observado en relación con el no tener un debut sexual a edades tempranas y el uso de anticonceptivos, una vez que empieza a tenerlas, son las siguientes:

- Conocimiento sobre sexualidad, anticoncepción y embarazo.
- Información acerca de habilidades de comunicación con la pareja.
- Comunicación adecuada y frecuente con los padres sobre los problemas personales del adolescente en general, y sobre sexualidad y anticoncepción.
- Relación con ambos padres, evaluada por el adolescente como positiva.
- Actitudes conservadoras con respecto al ejercicio de la sexualidad premarital, por parte del grupo que no había tenido relaciones sexuales.

- Actitudes favorables al uso de anticonceptivos.
- Actitudes poco favorables hacia tener un bebé en la adolescencia.
- Percepción de facilidad de acceso y economía para conseguir anticonceptivos.
- Percepción hacia la pareja, como conservador con respecto al sexo y la anticoncepción.
- La probabilidad de uso de anticonceptivos incrementa en las relaciones estables y prolongadas, cuando se establece una relación abierta y sin temor a la pareja y con acuerdos en la responsabilidad del uso de anticonceptivos.
- Influencia de las amistades en la conducta sexual protegida, como modelos a considerar y en el intercambio de experiencias positivas con el uso de anticonceptivos.
- Características de personalidad entre las que destacan: un bajo nivel de toma de riesgos, altas aspiraciones escolares, capacidad y deseo de tomar decisiones propias, autocontrol, habilidades de persuasión y convencimiento, la capacidad de decir “no” o “si” y de no dejarse manipular y una autoestima adecuada.

Con base en estos resultados se realizaron recomendaciones dirigidas a grupos de adolescentes, de manera que disminuyera la predisposición de éstos a conductas sexuales de riesgo, modificando de manera más específica en los grupos de 16 a 19 años, creencias equivocadas sobre sexualidad, embarazo y anticoncepción, enseñándoles para la prevención de embarazos, aborto, el uso correcto de los métodos anticonceptivos y sus ventajas, su precio, dónde y cómo obtenerlos, además de las implicaciones que en esta etapa habría al tener un bebé. De manera que se le entrene en aspectos que abarquen temas de control sobre su medio, asertividad, toma de riesgos, y toma de decisiones, autoestima; redirigir la necesidad de autopopularidad a otros intereses, incrementar el nivel de aspiraciones escolares, propiciar un entendimiento de su afecto y el manejo que hacen de si mismos que pudiera llevarlos a riesgos en la sexualidad con su pareja y finalmente promover una autonomía responsable.

En relación con los padres de los adolescentes, se sugiere que se les ofrezca información sobre anticoncepción, y se les enseñe a comunicarse con sus hijos en temas de sexualidad.

Una recomendación adicional, es mantener una actividad de investigaciones permanentes, con el fin de depurar instrumentos, detectar nuevas variables e instrumentar opciones creativas de educación sexual que redunden en beneficio tanto de los jóvenes como de los padres.

Finalmente, puesto que se observó que las parejas son percibidas como determinantes de la conducta sexual y anticonceptiva de las adolescentes, se sugiere realizar investigaciones con hombres, dirigidas a entender sus necesidades, conductas, conocimientos, actitudes y percepciones en relación con la sexualidad en pareja.

No obstante, es de suma importancia al igual que lo anterior sugerido, la concientización acerca del ejercicio de los derechos reproductivos que permiten la liberación de los mitos y prejuicios que obstaculizan la prevención de los embarazos adolescentes, ya que se ha mostrado que las diferentes causas e implicaciones en esta problemática devienen en gran medida de las falsas creencias, que muchas veces provoca una disminución en la percepción de riesgo de los adolescentes.

4.2.2.1 METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA

En nuestros días existe un número considerable de alternativas dentro de la metodología anticonceptiva. Cada método tiene sus propias ventajas y desventajas. Las personas somos diferentes y, por lo mismo, no todos los métodos son adecuados a nuestras características. Lo que es bueno para unos, puede ser incomodo o dañino para otros. Lo que a unos les resulta seguro puede resultarles inseguro a otros. Tanto hombres como mujeres pueden utilizar métodos anticonceptivos.

Algunos ejemplos de métodos para hombres son el uso del condón masculino y los parches de hormonas. En cuanto a los métodos anticonceptivos para las mujeres pueden ser temporales o permanentes y se encuentran los siguientes citados en Hatcher, (2002) y Aguilar, (1998):

TEMPORALES

Hormonales

Orales Combinados de dosis baja	Debe tomarse todos los días, esta recomendado para mujeres que no están dando de lactar. Contienen dos hormonas muy parecidas a las hormonas naturales en el cuerpo de la mujer: un estrógeno y un progestágeno. Impiden la ovulación y aumentan la consistencia del moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides.
Orales solo de Progestágeno	Son una opción para las mujeres que están dando de lactar, pero para las que no también. Se toman cada día y contienen la mitad del progestágeno incluido en los anticonceptivos orales combinados. Actúan de la misma manera que los anteriores.
Contracepción oral de emergencia o PAE (pastillas anticonceptivas de emergencia)	Después de tener un contacto sexual sin protección o protección fallida y dentro de las 72 horas posteriores al contacto se toman: en las píldoras de dosis alta se toman dos píldoras y una segunda dosis de dos píldoras 12 horas después; en el caso de las píldoras de baja dosis, se toman cuatro píldoras de la misma manera.; en el caso de las que contienen solo progestágeno se toman 25 píldoras de la misma manera. Su mecanismo de acción depende de la fase del ciclo menstrual en que se administran, puede alterar el desarrollo folicular, retrasar o impedir la ovulación, modifican las condiciones endometriales, dificultando el transporte del esperma y del óvulo en las trompas, evitando la unión del espermatozoide con el óvulo, o intervienen a nivel del cuerpo lúteo, interfiriendo con la producción de progesterona.
Inyectable	Se administra cada mes, cada dos o tres meses dependiendo de la dosis, contiene la hormona progestágeno que se libera en la corriente sanguínea y actúa de la misma manera que los

	anteriores.
Implantes	La inserción y remoción de los implantes, requiere de procedimientos quirúrgicos. Es un conjunto de 6 plásticas muy pequeñas, las cuales se insertan debajo de la piel en la parte superior del brazo de la mujer, contienen solo progestágeno que se libera muy lentamente, puede evitar el embarazo por un tiempo mínimo de 5 años y actúan de la misma manera que los anteriores.
Parches	Se utiliza durante todo el mes, adhiriéndolo en contacto con la piel, contiene y actúa de la misma manera que los anteriores
Dispositivos Intrauterinos (DIU)	Por lo general es un marco de plástico pequeño y flexible, y se introduce en el útero de la mujer a través de la vagina, previene el embarazo al provocar una reacción química corporal que dificulta que el esperma se movilice a través del tracto femenino, reduciendo la posibilidad de que el espermatozoide fecunde el óvulo o impidiendo la implantación de un óvulo fecundado en la pared del útero. Su funcionalidad puede ir desde un año hasta los 10 años, dependiendo de las características particulares de cada modelo.
DIU liberador de hormona	Hechos de plástico, libera en forma constante pequeñas cantidades de la hormona progesterona u otro progestágeno tal como el levonorgestrel,
DIU portador de cobre	Hechos de plástico con mangas de cobre y/o hilo de cobre enrollado sobre el plástico
DIU inerte	O no medicado, hechos solo de plástico o de acero inoxidable.
Métodos Vaginales	Se colocan manualmente dentro de la vagina poco antes del contacto sexual.
Espermaticidas	Se incluyen supositorios o tabletas espumantes, supositorios

	(óvulos) que se derriten, espuma, películas que se derriten, jalea y crema. Matan a los espermatozoides o hacen que los espermatozoides sean incapaces de movilizarse hacia el óvulo.
Diafragmas y capuchones cervicales.	Es una pequeña cúpula de hule que cubre el cuello del útero, debe usarse con una jalea o crema espermaticida. Bloquean la entrada de los espermatozoides al útero y a las trompas, en donde los espermatozoides podrían encontrarse con el óvulo.
Condón femenino	Consiste en una funda delgada y transparente hecha de poliuretano suave y que contiene dos anillos. El extremo cerrado del condón contiene un anillo extirpable y flexible para facilitar la inserción, y el otro anillo flexible es un poco más grande, y está en el extremo abierto de la funda que queda fuera de la vagina. Diseñado para usarse una sola vez y usados correctamente, impiden que los espermatozoides o cualquier microorganismo ingrese a la vagina y viceversa.
Condón masculino	Es una funda o cubierta hecha de látex delgado, algunos condones están revestidos de un lubricante o un espermaticida y pueden hallarse disponibles en diferentes tamaños, formas, colores, aromas y texturas. Funciona de la misma manera que el anterior.
Conocimiento de la fertilidad.	Se refiere a que una mujer aprende a reconocer cuando comienza y cuando termina el periodo fértil de su ciclo menstrual, de esta manera se cambian los hábitos sexuales durante los días fértiles, como: abstenerse del contacto coital, usar métodos de barrera, interrumpir el cóito antes de que se produzca la eyaculación. Estos métodos son poco seguros, puesto que los periodos fértiles pueden variar y ser diferentes en cada mujer por diferentes motivos.
Cálculo por calendario	La mujer puede contar los días del calendario menstrual para identificar el comienzo o el final de su periodo fértil. Está basado en el uso de una fórmula matemática, restando número

	de días específicos, dependiendo del calendario que tiene cada persona.
Secreciones cervicales (Billings)	Se detecta el periodo fértil mediante la observación de los cambios que tiene el moco del cuello uterino. Conforme avanzan los días después de la menstruación, el moco empieza a bajar y va cambiando de un flujo pastoso y pegajoso a un flujo resbaloso y filante, es decir, se puede estirar entre los dedos, es en este momento que se puede indicar fertilidad.
Temperatura basal	Este método está basado en la observación de los cambios de la temperatura basal, la cual es la temperatura del cuerpo después de un profundo descanso. Generalmente está en un nivel más bajo durante la primera etapa del ciclo menstrual. Luego, alrededor del tiempo de la ovulación, la temperatura sube a un nivel un poco más alto.
Características del cuello uterino	Según comienza el periodo fértil, la apertura del cuello uterino se siente más blanda, húmeda y se abre ligeramente. En el periodo no fértil, la apertura está más firme y cerrada.
Lactancia amenorrea	El método de la lactancia y amenorrea (MELA) puede ser utilizado por la mujer durante un tiempo limitado, unos seis meses después de haber tenido un hijo al que se le está amamantando de manera diaria y regular, día y noche, y de manera exclusiva, si ha comenzado a menstruar, no podrá seguir este método. Durante la lactancia la glándula hipófisis, segrega una gran cantidad de prolactina, que provoca la inhibición de la ovulación.
Coito interrumpido	Consiste en la interrupción del contacto sexual antes de que el esperma se pueda depositar dentro de la vagina. El hombre, al sentir la inminencia de la eyaculación, debe retirar el pene de la vagina y eyacular afuera para evitar que haya contacto del semen con la vagina, con el fin de que los espermatozoides no

penetren el canal vaginal.

Abstinencia — La abstinencia, es la decisión de prescindir de las relaciones sexuales. De esta manera, no hay contacto del pene con la vagina.

PERMANENTES

Vasectomía — Es la esterilización masculina permanente, mediante una operación que interrumpe el conducto deferente en su recorrido a través de la porción escrotal, lo cual impide la carga de espermatozoides en el semen. Se hace bajo anestesia local, y es una técnica fácil que dura alrededor de 20 minutos. Después de la vasectomía, el hombre necesita tener al menos 20 eyaculaciones o dejar transcurrir un periodo de tres meses para que el semen deje de tener espermatozoides, y luego de lo cual podrá tener relaciones sexuales sin necesidad de utilizar otro método anticonceptivo.

Salpingoclasia — Es una técnica que se logra mediante la oclusión permanente de las trompas uterinas, lo cual impide el paso de los óvulos. Esta intervención quirúrgica requiere hospitalización, no afecta la vida sexual de la mujer y es recomendable cuando ésta tiene los hijos que desea y está segura de no querer más.

Aunque se mencionan una serie de métodos que comúnmente han sido utilizados como métodos para prevenir un embarazo, actualmente, ya no son considerados como métodos seguros, por lo cual han dejado de ser considerados como métodos recomendables, tal como son los métodos que se basan en el conocimiento de la fertilidad, la lactancia o amenorrea, o los métodos vaginales como el diafragma. Todos ellos a causa de la poca efectividad en la anticoncepción. Los más recomendados en la actualidad para los adolescentes, son los hormonales, el DIU y el condón masculino y femenino, ya que los

permanentes comúnmente son recomendados para personas adultas que han tenido ya, el suficiente número de hijos planeados.

Para la elección en la utilización de alguno de los métodos anticonceptivos, es importante tener información detallada sobre el uso adecuado, la efectividad del método, los posibles efectos secundarios, las complicaciones que pueden presentarse, los posibles cambios que produzcan en sus cuerpos y las circunstancias en que conviene consultar nuevamente a su proveedor de servicios de salud, lo cual permite un manera más efectiva el planear y tomar decisiones adecuadas, bien analizadas y respetuosas para sí mismo y de la pareja, en favor de la salud sexual y reproductiva (Aguilar, 1998).

4.2.3 PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Es innegable que proporcionar información básica acerca de las infecciones de transmisión sexual es insuficiente para prevenirlas, y resultaría irresponsable si no se hablara acerca de la sexualidad en general, de manera que habría que ubicar a la sexualidad como un eje central en la vida de todo ser humano. Si esta es placentera, se reflejará en las conductas de los propios individuos, lo mismo que si es frustrante o se niega, lo que también se proyectará en su comportamiento y estado en ánimo cotidianos.

Si aprendemos una sexualidad distorsionada, irreal y frustrante, tanto por la errónea información que recibimos como por la reproducción que hacemos de la misma, a través de conductas estereotipadas respecto a lo que un hombre y una mujer tienen que hacer y como lo tienen que hacer para pertenecer a uno u otro sexo, se perfilan pautas a seguir en todos sus actos, desde como debe moverse, arreglarse, caminar, reír, negociar, poner límites, proponer, decir no, iniciar, sentarse, etc. Por supuesto, la consecuencia de todos estos arreglos preconcebidos se proyectará en la sexualidad del individuo y en las disfunciones, enfermedades o infecciones sexuales que llegue a padecer. Los factores sociales tienen efectos a corto y largo plazo en la conducta, el ambiente social en la temprana infancia influye directamente en las características del individuo y en su personalidad. Por lo cual, una educación sexual a temprana edad y una

intervención que favorezca la autoestima de los adolescentes son básicas para el autocuidado en la salud sexual (Aldana, 1998).

El condón masculino, por el que tanto tiempo se lucho como método anticonceptivo, resulta se ahora un medio a nuestro alcance para detener la propagación del VIH. Sin embargo, éste como los otros métodos de barrera, como lo son también el condón femenino y los cuadros de látex, por el hecho de ser visibles se convierten en un punto delicado, ya que se relacionan más con el deseo sexual, lo cual los coloca en un punto donde se juega la percepción que se formarán de si mismos y del otro dentro de un encuentro sexual. Todo esto hace que la mujer, tradicionalmente pasiva en la sexualidad y responsable de la anticoncepción, se asuma como un ser sexual deseante y activo que se torna amenazante al desarticular las expectativas que sobre ella se han construido.

Esto puede representar un problema muy fuerte entre las parejas, ya que puede causar celos, sospechas de infidelidad y discusiones para definir una vez más, quien es el responsable de evitar riesgos. Sin embargo, la conducta individual de decidir utilizar un método de barrera, es de hecho una conducta social, que puede ser aprobada o reprobada por el grupo en la que se ejerce. El individuo puede sentirse aceptado, rechazado o identificado. No obstante, si los medios masivos de comunicación hacen del condón un instrumento tan cotidiano como cualquiera del uso doméstico, la identificación del grupo social para utilizarlo, será automática. Finalmente las prácticas individuales son resultado de la conformidad del individuo respecto a las expectativas de los otros.

Por otra parte, de acuerdo con Aguilar (1998), el primer paso para que las personas que ya han iniciado con relaciones sexuales de riesgo (intercambio de fluidos) y no protegidas (sin métodos de barrera), aún habiendo ocurrido una sola vez, o con una sola persona, deberá verificar si tiene alguna infección de transmisión sexual, sometiéndose a exámenes médicos o de laboratorio.

Es importante que se promueva el autoconocimiento para poder detectar cambios que se dan en el cuerpo, ya que si no se tiene el conocimiento del estado natural, no se podrá percibir una alteración o cambio ya sea en las características del flujo o escurrimientos, enrojecimientos o protuberancias; para poder hacer detección

oportuna de cualquier alteración y de ser posible evitar deterioros importantes en el estado de salud del sujeto, para así responsabilizar al individuo de su persona y sus conductas.

Sin embargo Aguilar (1998), menciona que para prevenir una infección de transmisión sexual, hay unas cuantas maneras de protegerse de ellas, incluyendo el VIH cuando se ha decidido tener relaciones sexuales:

- El uso correcto del condón masculino o femenino, o de la hoja de látex o poliuretano para el caso del contacto urogenital u oroanal, cada vez que exista un contacto sexual. A esto se le llama sexo protegido.
- Tener relaciones sexuales con una sola pareja que a la vez, sólo tenga relaciones sexuales con esta primera. Si ambas partes están libres de infecciones y tiene sexo solo entre sí, no estarán expuestos.
- No tener relaciones sexuales orales, vaginales o anales no protegidas, para ello existen diferentes métodos que impiden el intercambio de fluidos.
- Otra opción, puede ser tener relaciones sexuales de manera que no incluyan el intercambio de fluidos corporales como el semen, líquido preeyaculatorio, los fluidos vaginales, leche materna o la sangre. Desgenitalizar las relaciones sexuales por medio de los juegos eróticos, como la automasturbación, la masturbación mutua en pareja, los masajes, lamerse, los roces entre cuerpos, fantasías, los movimientos sensuales, las caricias, los besos o abrazos, pueden ser incluidos dentro de estas medidas. A esto se le ha denominado como sexo seguro. Para lo cual el órgano sexual con más potencialidades para disfrutar del placer sexual es el cerebro, es decir, la creatividad, la imaginación y la fantasía; el otro órgano que posee metros de capacidad para el placer es la piel. Cada pareja, en los momentos más diversos puede buscar formas para disfrutar del placer sexual y hacer de su relación sexual una creación placentera sin recetas a seguir.
- Dentro de las estrategias que ayudan a la promoción para el uso de las anteriores entre la pareja, se encuentra la comunicación y negociación con respecto a la sexualidad y a saber la historia sexual de cada uno de ellos, lo

que permite la toma de decisiones en cuanto a elegir o exigir la manera mas acorde para la prevención de ITS's y el autocuidado de la salud sexual.

- Limitar el número de parejas sexuales que se tengan, lo cual disminuye el riesgo, pero no en su totalidad, debido a que con una sola vez y con una sola persona basta, por otra parte, en ocasiones puede ser difícil saber con seguridad si la pareja ha tenido alguna vez contacto sexual con alguien más y puede ser difícil saber cuántas parejas ha tenido.
- No mezclar el sexo con el alcohol o con otras drogas. Pueden afectar el juicio y provocar que las personas tengan comportamientos de riesgo al olvidarse de la protección.
- No tener relaciones sexuales con personas que sean portadoras de una ITS, de manera que se selecciones cuidadosamente a la pareja sexual.
- Realizar una higiene adecuada después de cada coito.

En la prevención de la transmisión sexual se ha observado que se requieren varios elementos para lograr un cambio en la conducta hacia la prevención, estos los describe Mayén (1997):

- Un ambiente social de respeto a los derechos humanos, específicamente los derechos sexuales.
- Contar con información sobre sexualidad e ITS's/SIDA de manera accesible, clara y de acuerdo con el nivel de escolaridad, cultural y social de cada individuo.
- Tener cierto nivel de percepción de riesgo.
- Tener acceso a servicios de atención e información dirigidos a jóvenes.

Por otra parte en Mayén (1997) se mencionan otras medidas que tienen que ver, no con conductas sexuales de riesgo, sino con otro tipo de medidas.

1. Para evitar la transmisión sanguínea:

- No compartir agujas inyectables, o no utilizar agujas no esterilizadas, además no tener relaciones sexuales con alguien que comparta agujas para drogas.

- Realizar la detección del VIH en todo paquete de sangre y sus componentes que va a ser transfundido.
- Realizar pruebas de detección del VIH antes de transplantes de órganos y de inseminación artificial.
- Seguir las precauciones para evitar el contacto con sangre o fluidos corporales contaminados.
- Ante cualquier síntoma sugestivo, acudir al médico y solicitar un examen genital para las pruebas requeridas en la confirmación del diagnóstico.

2. Para la transmisión perinatal:

- La prevención de la infección en mujeres.
- Evitar el embarazo en mujeres que estén infectadas.
- Interrupción del embarazo en etapas tempranas.
- Administración de AZT o cualquier otra medida médica durante el embarazo, el parto, y al recién nacido.

Si el discurso en torno a las infecciones de transmisión sexual y el SIDA no se modifica, si no se erotiza al sexo más seguro, si no se deja de ver la sexualidad meramente genitalizada, si no se cambia la rígida educación que se hace en torno al género, transformándola en relaciones más equitativas, y si no se educa acerca de la sexualidad humana y de los derechos sexuales, descargando a ello de la culpas que se le ha depositado y evitando su encuadre en términos médicos al definir “salud sexual”, difícilmente se podrán dar alternativas reales a la sexualidad ante tal problemática.

De esta necesidad en erradicar esta problemática social, es que la psicología puede utilizar sus conocimientos y acoplarlos en la implementación de estrategias que intervengan de manera preventiva. De esto es la importancia que tiene el siguiente capítulo.

CAPITULO 5. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

5.1. MEXFAM

Mexfam inició en 1965, con el nombre de Fundación para Estudios de Población, A. C. (FEPAC). En 1984 asumió su nombre actual de Fundación Mexicana para la Planeación Familiar. Es una Asociación Civil. Sus órganos de gobierno están formados por voluntarios entre los sectores necesitados de la población mexicana. La misión de Mexfam es "proporcionar servicios de calidad y de vanguardia en planeación familiar, salud y educación sexual de manera prioritaria a la población vulnerable del país: los jóvenes y los pobres", en la ciudad y en el campo (Mexfam, Planeación Familiar, 1989).

Es la institución pionera de investigación en el campo de la anticoncepción en México, de servicios de planeación familiar, la promoción comunitaria de la salud, la educación y la salud sexual, la perspectiva de género, la lucha contra la violencia en la familia y el uso de anticonceptivos de emergencia en el país.

Mexfam participa, de manera coordinada y complementaria con las instituciones gubernamentales y otras organizaciones privadas, en acciones de planeación familiar. Es una organización dedicada principalmente al diseño y realización de programas de planeación familiar que sean demostrativos y que, una vez probada su eficiencia y efectividad, puedan ser reproducidos por otros organismos con el mismo propósito. Por ello es considerada como una organización de vanguardia, un modelo para otras agencias de planeación familiar en todo el mundo.

La misión de MEXFAM es "Proporcionar servicios de calidad y vanguardia en planeación familiar, salud y educación sexual, de manera prioritaria a la población vulnerable en México: los jóvenes y los pobres" (Mexfam, Planeación Familiar, 1989). Los servicios de MEXFAM se encuentran distribuidos en todo México, aunque se concentran en estados prioritarios en donde la necesidad de servicios de salud y planeación familiar es más apremiante.

El propósito de esta dependencia, es fomentar la salud en especial la sexual y reproductiva como punto focal mediante la responsabilidad a través de la decisión libre e informada; se enmarca en el bienestar y desarrollo personal, familiar y por lo tanto social; se extiende a aspectos de educación y salud, promueve el mejoramiento de la condición de la mujer y una mayor participación del varón en lo que se refiere a la salud sexual, así como en la participación anticonceptiva.

Ofrece servicios de asistencia técnica y capacitación, y elabora y difunde materiales de información y educación en este campo.

MEXFAM fundamenta sus actividades en el respeto al Derecho que tienen las parejas a decidir libre y responsablemente, sin temor, ni coacción, además basadas en la información veraz, objetiva y completa de sexualidad, respetando el número de hijos que la pareja desea tener, con el fin de propiciar la salud y el bienestar de las familias, así como ayudarles a elegir el método anticonceptivo que más les convenga, de acuerdo con sus necesidades, valores y creencias.

Es miembro de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), entre sus actividades se encuentra: Promoción de la salud en las familias, para las madres e hijos mediante el cuidado preventivo de la salud a través de servicios de alta calidad en planeación familiar, atención durante el embarazo, parto y puerperio; para niños y niñas brinda servicio especializado de pediatría y campañas de desparasitación; para adolescentes y jóvenes brinda información y orientación confiable y completa sobre sexualidad, así como servicios médicos amables y apropiados a sus necesidades; para las mujeres ofrece la gama completa de servicios de salud sexual y reproductiva, así como atención esmerada para prevenir y/o detectar oportunamente el cáncer cérvico uterino y el cáncer de mama; para los hombres servicios médicos generales, en especial servicios de urología, vasectomía y orientación en planificación familiar, educación sobre equidad de género y la prevención de la violencia intrafamiliar.

Para todo público brinda servicio de medicina general, educación para la salud, orientación y prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados.

El propósito de esta dependencia es dar a conocer la planeación familiar que tiene como punto focal la responsabilidad reproductiva a través de la decisión libre e informada; se enmarca en el bienestar y desarrollo personal, familiar y por lo tanto social; se extiende a aspectos de educación y salud, en particular sexual y reproductiva, promueve el mejoramiento de la condición de la mujer y una mayor participación del varón en lo que se refiere a la salud sexual, así como las decisiones anticonceptivas, es decir, compartir la responsabilidad del ejercicio de la sexualidad

Sus líneas de actividad de sus proyectos principales son:

* Desarrollo de programas innovadores de planeación familiar que cubren los aspectos de promoción comunitaria, educación y servicios médicos.

* Realización de programas en cooperación con otros organismos e instituciones, cuyo objetivo sea la transferencia de metodología y técnicas ya probadas por Mexfam.

* Servicios de asistencia técnica y capacitación en planeación familiar a los organismos que se dedican a la formación de recursos humanos.

* Apoyo a los programas de planeación familiar, mediante la producción de materiales educativos y de comunicación que contribuyan a la difusión de los mensajes de planeación familiar entre grupos y sectores de la población que actualmente no los recibe.

* Incorporación de programas específicos de atención a jóvenes en todos los centros de Mexfam, en los cuales se ofrecen actividades educativas de orientación para la vida familiar y la salud sexual y reproductiva.

Las áreas de promoción intensiva son áreas con una concentración poblacional elevada generalmente en zonas urbanas y con baja prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos, en las cuales se realiza trabajo intensivo de promoción comunitaria de la planeación familiar a través de promotores voluntarios que cuentan con apoyo de un consultorio médico familiar. Los programas de activación rural regional se basan en la promoción y apoyo a los servicios médicos públicos y privados existentes en un área o región determinada, con atención preferente a la población más necesitada de servicios de planeación familiar. En la región se

establece una red de promotores voluntarios, se hace difusión y se realizan actividades educativas bajo la coordinación de un técnico de Mexfam.

La organización está manejada mediante una **Asamblea General de Asociados**, que es el órgano supremo de representación y gobierno. Acepta la admisión de nuevos asociados, prueba el programa de trabajo y los presupuestos anuales, así como los informes de actividades y de gastos. Elige al Consejo de Administración, Comité Ejecutivo y Auditor; el **Consejo de Administración** tiene a su cargo determinar la política general de la asociación, con base en recomendaciones del Comité Ejecutivo. Sus miembros podrán tener sus funciones de Consejero Delegado en una entidad o área geográfica determinada y formar parte de Comités específicos; el **Comité Ejecutivo** es el órgano máximo de supervisión y decisión ejecutiva, y representa oficialmente a la fundación. Se encarga de conducir y orientar sus actividades y administración. Formulan el programa de trabajo y presupuesto anuales y propone la política general de la institución; el **Comité Técnico Consultivo**, está formado por profesores destacados y expertos, cuyas ideas y opiniones orientan el quehacer institucional.

La administración se compone del **Director General**, encargado de dirigir la ejecución de las actividades, ejercer el presupuesto, administrar los bines y celebrar los contratos necesarios para lograr los fines de la asociación; el **Subdirector Ejecutivo**, elabora el marco estadístico de planeación de trabajo y presupuesto anuales, supervisa el cumplimiento de normas y procedimientos, vigila el cumplimiento de las metas y la congruencia de los programas y estrategias de la Asociación; la **Unidad de Coordinación Operativa**, se encarga de asegurar que los programas cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios, y con la asistencia técnica y capacitación que requiera su buen funcionamiento. Organiza la supervisión sistemática de las actividades de los coordinadores regionales y locales y promueve la creación de nuevos programas; la **Unidad de Apoyo Técnico**, que promueve, organiza y coordina la capacitación permanente del personal y la producción y difusión de materiales educativos y de comunicación. Recopila información sobre diferentes aspectos de la planeación familiar y elabora las normas técnicas correspondientes; y la **Unidad de**

Administración y Finanzas, que aplica la estrategia financiera, lleva el control del presupuesto, maneja la contabilidad, realiza las adquisiciones y contrataciones, efectúa los suministros a los programas y dependencias: cuida el mantenimiento y uso adecuados de instalaciones y equipo, y vigila que el patrimonio de la asociación se utilice adecuada y provechosamente (Mexfam, Planeación Familiar, 1989).

RECONOCIMIENTOS OTORGADOS A MEXFAM

En 1986 la Región del Hemisferio Occidental IPPF (Federación Internacional de planificación Familiar, por sus siglas en inglés), otorgó a Mexfam el Premio de la Información Rosa Cisneros por sus meritorios esfuerzos en la diseminación de la información sobre planificación familiar. En 1988 el Premio a la Excelencia del Servicio. Mexfam es un miembro excelente de la IPPF. En 1991 el "Global Award for Media Excellence", otorgado por el Population Instituto al programa radiofónico "Estrenando Cuerpo", sobre la educación sexual de los jóvenes. En 1992 el "George and Barbara Cadbury Award", otorgado por la IPPF a la mejor contribución al movimiento mundial de la planeación familiar del año 1989 al 1991.

En 1995, al cumplir 30 años de actividad, la Secretaria de Salud otorgó a Mexfam un reconocimiento oficial "Por la espléndida labor a favor de la planificación familiar y la salud reproductiva en México" (Mexfam, Planeación Familiar, 1989).

En 1999 Mexfam formó parte de la delegación mexicana en las reuniones de las Naciones Unidas para la revisión del Programa de Acción de el Cairo.

En 1996 y 2000 el "Premio Rosa Cisneros" otorgado por IPPF, Región del Hemisferio Occidental, por la excelencia en la producción de materiales educativos.

En 2000 el -Premio de Población de las Naciones Unidas" en reconocimiento por su destacada labor en los asuntos relacionados con el bienestar de la población.

Por otra parte, MEXFAM trabaja por el logro de sus objetivos estratégicos, por medio de una serie de programas, contribuyendo a satisfacer la necesidad insatisfecha de salud y de planeación familiar entre la población marginada, urbana y rural. De esta manera, MEXFAM contribuye al fomento de la salud y a un mayor equilibrio demográfico y ecológico en el mundo:

- Programas Comunitarios. Aún cuando la planeación familiar se encuentra extendida en el medio urbano, el 65% de la necesidad no satisfecha de planeación familiar se concentra entre las mujeres sin escolaridad que habitan en áreas rurales y barrios urbanos marginales. Los programas comunitarios operan tanto en áreas rurales como urbanas marginadas, proporcionando servicios médicos y educación sexual.

Clínicas y consultorios médicos. Existe una alta necesidad de servicios médicos especializados en salud sexual y reproductiva en todos los sectores de la población. MEXFAM Ofrece servicios médicos de calidad y vanguardia, especialmente en salud sexual y reproductiva, ha establecido en 28 estados de la República Mexicana y el D. F. 25 clínicas y 250 consultorios médicos que ofrecen servicios de calidad en las áreas de atención a la salud en general, planeación familiar, ginecología, prevención del cáncer, pediatría y urología, etc.

- El **Programa Empresarial**. MEXFAM lleva educación y servicios de planeación familiar a fábricas cuyos dueños están interesados en mejorar la calidad de vida de sus empleados y trabajadores. Este programa está presente en empresas del área metropolitana de la ciudad de México, y de las ciudades de Guadalajara, Tijuana, Monterrey y Puebla.
- Servicios de Capacitación y Consultoría. MEXFAM ha colaborado con diversas organizaciones, tanto nacionales como internacionales, para la implementación, evaluación y mejoramiento de proyectos de planeación familiar tanto en México como en los países respectivos. Además de América Latina, existen relaciones de intercambio técnico con Europa, el Sur de Asia, el Mundo Árabe y África.

5.2. PROGRAMA GENTE JOVEN

Gente Joven es una de las estrategias de trabajo mediante la cual Mexfam, contribuye a satisfacer la necesidad de información y orientación sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva de los jóvenes. El embarazo, la paternidad en adolescentes y las infecciones de transmisión sexual, son posiblemente las más graves, aunque no las únicas consecuencias del inicio de la vida sexual sin la

información y orientación adecuadas. Estudios realizados en algunos grupos en México, han encontrado que una importante proporción de jóvenes tiene su primera experiencia sexual a los 16 años (Encuesta Gente Joven, 1999) y que alrededor de un 70% de ellos llevan una vida sexual activa antes de los 19 años. Si a esto agregamos que aproximadamente 20 millones de mexicanos tienen entre 11 y 19 años y que sólo uno de cada 6 jóvenes sexualmente activos usan algún método anticonceptivo, tendremos que admitir la urgente necesidad de proporcionar a las y los jóvenes la orientación y el apoyo adecuados que les permitan ejercer su sexualidad de manera saludable y responsable (Mexfam, Planeación Familiar, 1989).

Es por ello que Mexfam crea el programa Gente Joven como una respuesta de la sociedad civil a las necesidades de información y servicios médicos sobre salud sexual integral, que tienen los adolescentes y jóvenes mexicanos, como un continuo de su ideología, (que es proporcionar servicios de salud de calidad a la población más desprotegida), asignándole un área específica dentro de algunas de sus instalaciones, a nivel nacional y en las cuales pone al alcance de las y los adolescentes información de temáticas abordadas desde un enfoque biopsicosocial acerca de:

- comunicación en la familia,
- sexualidad y juventud,
- pubertad y adolescencia,
- métodos anticonceptivos
- embarazo adolescente,
- infecciones de transmisión sexual,
- VIH y SIDA,
- género y violencia de género

Gente Joven es la estrategia de educación en salud y derechos sexuales líder en México. El Programa se encuentra dirigido a la juventud mexicana: estudiantes, trabajadores, miembros de bandas, niños de la calle, vendedores ambulantes, maestros, dirigentes, padres de familia y todos aquellos interesados en obtener información y orientación acerca del manejo de su sexualidad y la planeación de

su vida. El principal objetivo de este programa consiste en promover los valores asociados con la salud sexual: la responsabilidad reproductiva, la equidad en las relaciones de género, la comunicación y el respeto en la pareja (Mexfam, Planeación Familiar, 1989).

El programa también comprende: Difusión de información sobre salud sexual juvenil mediante libros, folletos, carteles, multimedia, videos, audiovisuales, películas, obras de teatro y títeres, programas de radio, información en línea y otros medios de comunicación sobre temas de interés juvenil. Además de proporcionar cursos, talleres y conferencias de educación en salud sexual, en el medio escolar como fuera de la escuela. Por otro lado, el programa organiza y participa en eventos juveniles, como conciertos de rock, festivales y ferias, para difundir información sobre salud sexual integral.

En cada centro Mexfam hay un coordinador del Programa Gente Joven, el cual cuenta con una red de promotores juveniles reclutados y capacitados, que difunden información sobre salud sexual integral. La orientación en salud sexual manejada por éstos, la adquieren mediante cursos de capacitación por docentes y profesionales de la salud. La capacitación especializada se realiza por medio de diplomados en Sexualidad Humana, organizados en cooperación con Universidades. De esta manera los promotores se convierten en instructores de los cursos y seminarios Gente Joven, ofreciendo pláticas de orientación a jóvenes, a padres de familia, a maestros y otros profesionales. Los promotores juveniles motivan y coordinan la participación de los jóvenes en el programa, tanto en instituciones educativas como fuera de ellas.

El programa también ofrece servicios médicos de salud sexual, amables, apropiados y específicos para adolescentes y jóvenes, que garanticen sus derechos sexuales y la confidencialidad. Adicionalmente ofrece asesorías sobre el uso de métodos anticonceptivos; aunado a esto promueve o realiza proyectos de investigación operativa sobre los problemas y necesidades de los jóvenes.

El programa también da acceso a los diferentes métodos anticonceptivos a un bajo costo, dándole importancia a la distribución de los condones, orientando a las

parejas sobre las ventajas de su uso, e invitándolas bajo su libre elección, al uso de anticonceptivos y revisiones médicas a nivel preventivo.

Los objetivos generales del programa son:

Promover la autodeterminación entre los jóvenes, la salud sexual y la responsabilidad reproductiva dentro de un plan de vida.

Promover una mejor comunicación familiar, especialmente entre los jóvenes y sus padres.

Propiciar una actitud clara y positiva de los adultos y padres de familia hacia la sexualidad del joven.

Facilitar al joven información veraz y confiable sobre sexualidad y reproducción humanas, prevención de infecciones sexualmente transmisibles y métodos para la prevención del embarazo.

Ayudarles a definir sus valores personales y a capacitarse para tomar las decisiones fundamentales que afecten su futuro, respetando sus valores, ejerciendo su responsabilidad, promoviendo la equidad y el respeto entre los géneros y la lucha contra la imposición mediante la libre elección.

Objetivos Específicos

Implementar estrategias para informar acerca de las formas de transmisión de ITS y VIH-SIDA

Dar a conocer alternativas para evitar el contagio de ITS, VIH-SIDA y embarazos no planeados.

Proporcionar opciones a la población para el ejercicio responsable de su sexualidad.

Sensibilizar a la población acerca de los roles de género y reestructurar las formas de relación entre los sexos.

Puede decirse que la posición ética de los educadores sexuales en el programa, es poner los valores sobre la mesa, abriendo la posibilidad de realizar análisis constructivos, diálogos y reflexiones conscientizadoras. Desde esta posición se reconoce la diversidad de normas y principios, la aceptación de lo distinto y de lo plural, así como los derechos humanos a la libertad de expresión, a la información

y a la libre decisión sobre su vida sexual y reproductiva de una manera responsable.

Es importante la participación de Mexfam en la producción de materiales. La calidad de las películas se ha reconocido a nivel Latinoamérica. El programa Gente Joven ha originado 18 películas de educación sexual producidas en el país.

Finalmente es importante mencionar que en la república existen más de 50 programas que se encuentran en diferentes momentos de crecimiento en: Acapulco, Colima, Durango, Guadalajara, Los Mochis, Tonalá, Mazatlán, Vallarta, Tepic, Culiacán, Hermosillo, Ixtaltepec, Iguala, Monterrey, Ciudad Acuña, Monclova, Torreón, Morelia, Naranjos, Ver., Oaxaca, Puebla, Guanajuato, San Luis Potosí, Tampico, Tepejí del Río, Tijuana, Tlaxcala, Toluca, Tuxtla Gutiérrez, Uruapan, Veracruz, Zacatecas; la zona Metropolitana de la Cuidad de México cuenta con seis espacios en: Tlalpan uno dentro de las instalaciones de la clínica Mexfam y otro dentro del deportivo Sánchez Tabeada, G. A. Madero en la clínica de Mexfam "La Villa", Cuahutemoc, Iztapalapa, Álvaro Obregón, Tlalnepantla, Nezahualcoyotl, Revolución y Xola.

5.3 ACTIVIDADES REALIZADAS

Como prestadora de servicios profesionales a MEXFAM en el programa Gente Joven, en primera instancia debí cubrir la preparación académica necesaria en nivel licenciatura para ejercer el cargo de psicóloga consejera, instructora y promotora, me capacité en temas básicos como lo son: comunicación familiar, pareja, sexualidad, adolescencia y pubertad, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

DIPLOMADOS

FES Iztacala UNAM	**Psicoterapia de pareja**
Excelencia Educativa A. C.	**Orientación familiar**

CURSOS

MEXFAM A. C.	**Erotismo y Violencia Sexual.**
Católicas por el Derecho a Decidir A. C.	**Derechos sexuales y Reproductivos.**

Decidir A. C.	
MEXFAM A. C.	**Curso básico de sexualidad.**
INMUJERES	**Violencia de género**
INHA	**Diversidad Sexual**
Hospital Infantil de México "Federico Gómez"	**Curso monográfico de medicina del adolescente.**
MEXFAM A. C.	**Metodología Anticonceptiva.**
	Sexo Seguro, y Sexo Protegido
Fundación Mexicana. para la Lucha contra el SIDA A. C.	**Consejería en VIH/SIDA.**
	Aspectos Biopsicosociales del VIH/SIDA.

Mediante los conocimientos adquiridos, y conforme al objetivo de la institución, participé en la creación de proyectos adecuados para poblaciones específicas, que en este caso son los adolescentes, y de esta manera atender a las necesidades de la sociedad.

Como parte de MEXFAM las necesidades detectadas que afectan a la sociedad, es el número inmensurable de embarazos no planeados en población joven, específicamente adolescentes, e infecciones de transmisión sexual, que requieren de recursos económicos que al país se le dificulta cubrir en servicios de salud y que afectan en otras áreas como las laborales (por la discriminación), escolares (por la deserción temprana y la demanda de guarderías gratuitas para hijos de adolescentes), familiares, etc. Es así que como psicóloga en MEXFAM he participado en la creación de proyectos que permiten intervenir en un nivel preventivo dentro de la comunidad joven.

Cada proyecto ha sido adaptado al contexto social dentro de la diversidad que cada zona del Distrito Federal y Estado de México se puede encontrar, específicamente nivel socioeconómico, prácticas, intereses o religión.

Dentro del programa Gente Joven de MEXFAM, he realizado consejerías, pláticas y talleres, que involucren a los jóvenes para sensibilizarlos en cuanto a sus derechos y responsabilidades, de manera que puedan apropiarse de una cultura

de la salud sexual y reproductiva, y que les permitan prever situaciones de la problemática social.

El manejo de los temas se ha realizado a través de sesiones, que se apoyan en el uso de rotafolios, películas, laminógrafos y dinámicas grupales, dentro de las escuelas, dentro del propio espacio Gente Joven, y en demostraciones en ferias de salud y eventos masivos.

Un aspecto importante dentro del programa, ha sido el fomento mediante las pláticas y talleres, de relaciones más equitativas entre los sexos, cuestionando los roles aprendidos dentro de la familia, la comunidad y la sociedad y promoviendo la apropiación del conocimiento y con esto la responsabilización de su propio cuerpo para que los adolescentes puedan resolver sus dudas sin juzgársele por el tipo de pregunta.

Como parte del programa Gente Joven, he aportado el proporcionar la información y los medios necesarios para que los y las adolescentes no tengan que enfrentarse a situaciones como: infecciones de transmisión sexual o embarazos no planeados, ya que cualquiera de ambos involucra un cambio de vida para el cual quizá no están preparados.

He contribuido en la implementación de estrategias para la construcción de la cultura de la salud sexual, no solo realizando una transmisión de la información, sino también cambiando la forma tradicional de enseñanza escolar, utilizando dinámicas vivenciales que permitan la participación integral del adolescente. A manera de inquietar, despertar y concienciar, más que informar, problematizar, y dictaminar. Porque considero que la tranquilidad en la información, surgieren la inmovilidad y el dogma, lo que puede conllevar a conductas de riesgo, mientras que la inquietud y la capacidad de detectar problemas, sugieren la duda y la necesidad de encontrar o construir conocimientos en pro del bienestar propio.

Los objetivos particulares de las sesiones, ha sido aclarar dudas, promover en vez de restringir comportamientos sexuales de los adolescentes, de ello, es que se abordan:

- Aspectos generales de la sexualidad.

- Alternativas para ejercer la sexualidad, por ejemplo de la metodología anticonceptiva, del erotismo, del sexo seguro y del sexo protegido.
- Los problemas de comunicación y manejo del afecto que existen en la dinámica familiar y de la pareja, en este caso del noviazgo, con el fin de proponer alternativas para mejorar las relaciones al interior de la misma.
- Las estrategias para mejorar las relaciones con sus padres, hermanos, amigos y pareja.
- Los cambios puberales en el hombre y la mujer, los procesos de fecundación, el embarazo y el parto.
- Las conductas sexuales en los adolescentes, las de riesgo y las que promueven la salud, como medidas de prevención de ITS y VIH y promoción de la salud sexual y reproductiva.
- El impacto del embarazo precoz, así como el uso de métodos anticonceptivos con el fin de preservar la salud reproductiva.
- La promoción de la habilidad del control y toma de decisiones y expectativas futuras.
- La promoción de los derechos sexuales y la autoestima.
- Reflexionar sobre los valores propios y los impuestos en relación a su funcionalidad.
- Reconocer y respetar la diversidad de normas y principios de las diferencias individuales que rigen a cada ser humano.
- El encuentro con la salud individual, de la pareja y social.

Las pláticas que se han ofrecido en el programa, se impartieron desde nivel primaria hasta nivel licenciatura. De igual manera se impartieron pláticas a los padres de familia, se dieron cursos y talleres para profesores y orientadores, esto en lo referente a las instituciones educativas.

En los casos en que algunas personas como profesores y padres de familia no hubieran estado de acuerdo en que se les proporcionara la información a los adolescentes dentro de la institución, se les ha dado la opción de asistir al espacio de MEXFAM a solicitarla de manera gratuita en una consejería.

Dentro de los eventos masivos se ha brindado la información sobre salud sexualidad a toda persona que lo solicite, se ha dado prioridad a la promoción del sexo seguro y sexo protegido.

Resumiendo las actividades que he realizado en población adolescente, son las siguientes:

- Consejería individual y de pareja acerca de la salud sexual y reproductiva dentro de la Clínica de Servicios Médicos. El objetivo es brindar apoyo e información acerca de los métodos anticonceptivos, sexo seguro y protegido, la anticoncepción de emergencia y el correcto uso de ambos. Además de proporcionar información acerca de riesgos y prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo. Entrega post-prueba de embarazo y de ITS y VIH, en la cual se da apoyo psicológico e información pertinente.
- Consejería vía telefónica en salud sexual y reproductiva dentro de la Clínica de Servicios Médicos. En específico, acerca del uso de métodos anticonceptivos y PAE. Y respuestas a dudas en riesgos de contraer ITS incluido el VIH.
- Planeación de estrategias y calendarios de actividades en la clínica y escuelas, convocando adolescentes para su participación en grupos de pláticas y talleres.
- Elaboración de proyectos para impartir pláticas, talleres y cursos acerca de salud sexual y reproductiva; sexo seguro; sexo protegido; pareja; autoestima; y violencia.
- Impartición de pláticas y talleres dentro de la Clínica de Servicios Médicos, en escuelas e instituciones.
- Promoción en salud sexual y reproductiva en módulos informativos en escuelas y ferias informativas organizadas por diversas organizaciones no gubernamentales e instituciones gubernamentales.

INSTITUCIONES	**TEMAS IMPARTIDOS**
Dirección General de Prevención y Readaptación Social de D. F. Instituto de Capacitación Penitenciaria	**Violencia y Sexualidad**

MEXFAM: Clínicas y Espacios Gente Joven	**Violencia** **Pareja** **Aspectos Básicos VIH/SIDA** **Sexo seguro, sexo protegido y metodología anticonceptiva** **Autoestima**
Escuelas: Preparatorias, Secundarias, Facultades y Centros de atención para discapacitados auditivos.	**Metodología anticonceptiva** **Sexo seguro y sexo protegido** **Pareja** **Erotismo** **Autoestima**
Ferias de salud y eventos masivos	**Metodología anticonceptiva** **Sexo seguro y Sexo protegido**

Las ventajas que tiene este programa, es incidir en los aspectos ideológicos que generen los comportamientos que pudieran limitar un estado de salud, y por otra parte, el reeducar en una nueva manera de vivir la sexualidad, dando alternativas que minimicen o anulen el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual o un embarazo no planeado.

CONCLUSIONES

La historia de las ideas nos muestra que sobre el mundo, no existe algo que pueda ser atrapado por completo en una definición, nos muestra como las ideas, las reglas y los conocimientos cambian en tiempo y espacio. De la misma manera existe una problemática en encerrar lo que la sociedad ha considerado ser a la psicología, a la salud, a la enfermedad, a la sexualidad, a la adolescencia, a la problemática social en la estigmatización negativa del embarazo adolescente, etc. Sin embargo, al afirmar esto, no tendría justificación este trabajo, estaría entrando en una contradicción, y para fines prácticos ha sido necesario enmarcar, estigmatizar y definir lo anterior, para justificar y ubicar el presente trabajo.

Por lo tanto, lo anterior no interesa a la problemática social de la salud. La "construcción social" de los problemas, los que imponen y manifiestan cierto fenómeno con la connotación o estigma de "problema", sabemos que son casi siempre los integrantes de la estructura socioeconómica del poder establecido o cuando una gran parte de la población se asume afectada, y se previene algo cuando entra en conflicto con la clase dominante.

En prevención, como en cualquier otro campo, se legitimiza lo que se quiere. Y la gente consume prevención al igual que moda. Esto podría considerarse como el móvil para afrontar una estructura simbólica donde existe una priorización de las necesidades y donde estas necesidades se convierten en movilidad que proporciona producción, la cual es necesaria para la ocupación humana, y por lo anterior, es que en ocasiones la sociedad misma, construye necesidades individuales y colectivas, construye problemáticas, enfermedades, estándares y salud.

De ello, se estigmatizan fenómenos sin ningún valor propio, se consideran como conflictos por los intereses socieconómicos, por lo cual suelen resonar sobre los valores de la salud. Por lo tanto, la salud no es lo suficientemente valorada, la atención se ha enfocado la mayoría de las veces sobre el conflicto ya existente. El

cambio en la atención a la promoción de la salud es teóricamente posible, pero se dificulta al quererlo llevar a la práctica, ya que existe una poderosa contradicción, y constantes fuerzas sociales que necesitan de la pobreza, la droga, el tabaco, el alcoholismo, el stress, la polución ambiental, la sobrepoblación, las enfermedades, en resumen, del conflicto, para movilizar la actividad productiva y por lo tanto la economía. Sería arriesgado afirmar que se crea conflicto para curarlo, sin embargo si considero que sin conflicto, no habría movimiento, no habría crecimiento, no habría motivo. Con esto no quiero decir que a propósito se cree la enfermedad para poder producir curación, lo que intento es explicar que en nuestras constantes búsquedas encontramos enfermedad, esto sirve a la sociedad para poder moverse, y el moverse sirve para ocuparse y el ocuparse para producir y sentir que podemos proporcionarnos una mejor vida, cuando desde un principio pudo haberse tenido, por ejemplo, evitando comportamientos de riesgo.

De acuerdo con lo anterior, puede considerarse absurdo que por un lado los medios de comunicación masiva estén promocionando el sexo sin medir consecuencias, y por el otro, que el gobierno y algunos otros sectores formen campañas de prevención. En un clima cultural facilitativo de estilos de vida sanos, resultaría mucho más eficaz llevar a cabo campañas de prevención, sin embargo, en este caso no lo es, y es difícil pretender que así sea en esta sociedad donde se mayormente se promueve lo tóxico. La droga, la pobreza, la enfermedad, pueden llegar a ser socialmente funcionales a los sectores económicos poderosos de la sociedad, lo necesitan. En este sentido el cambio social no se producirá ni de forma significativa, ni radical; sencillamente, apenas si existirá un mínimo cambio social que beneficie a algunos sectores afectados que se conscienticen del sometimiento ideológico contradictorio, que por los medios de comunicación ya sea tecnológicos o subjetivos, permitan apropiarse de problemas que beneficien a dueños de laboratorios farmacéuticos, sectores poderosos que se beneficien del analfabetismo ideológico en cuanto a salud sexual y reproductiva se refiere.

Podrán reducirse un poco el número de enfermos y embarazos no planeados, serán necesarios porque algún sector del sistema socioeconómico así lo exige. En cualquier caso, un psicólogo podrá intervenir en ello, proponiendo alternativas a la

problemática social, aunque los resultados en sí, no sean muy significativos, sin embargo, el conflicto es un móvil, y todos necesitamos movernos para producir y sobrevivir y mantener la esperanza en la búsqueda de bienestar.

Un buen ejemplo de esta polémica, es la que suscita la cuestión sobre si se puede o debe prevenir los embarazos adolescentes y si este es verdaderamente un problema o solamente una cuestión de ideología preconcebida o son diferentes puntos de vista o es dependiendo desde qué postura y contexto se esté enfocando este fenómeno como un problema.

En este sentido, desde mi punto de vista, la justificación del porque estigmatizar como problema social a las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no planeados en nuestra cultura, es por el costo económico y emocional que le pesa tanto a los individuos que lo sufren en su mayoría de veces por ello, como a la misma sociedad que debe dirigir sus recursos a atender dichos aspectos.

La prevención de la enfermedad y la protección de la salud, constituye por lo menos en teoría, un bien público. De esta perspectiva, puedo decir también que la prevención constituye un bien primario, como la libertad, la igualdad de oportunidades y el respeto, es por ello que es necesario asumir el derecho de todo ser viviente a acceder a la salud, y por lo tanto, el derecho y el deber de promocionar y proteger la salud y prevenir la enfermedad a nivel individual como colectivo.

Sin embargo, considero que la prevención siempre deberá ir dirigida con el afán de no forzar a nadie a actuar en contra de su voluntad o de sus propios valores, pero siempre concientizar que es en beneficio tanto en lo individual como de terceros.

Aún cuando en la actualidad se dispone de una gran cantidad de información sobre lo que uno puede hacer para mantenerse saludable, y muchas personas de hecho se adhieren a conductas de prevención, existen algunos obstáculos que limitan notablemente la generalización de las mismas al conjunto de la población. Esto es en gran medida por la cultura heredada desde Occidente, cargada de prejuicios, culpas y mitos, que se han incrustado en la educación desde la familia. Esto mismo se aplica por causa y consecuencia en lo que se ha construido con

respecto a la sexualidad, a la cultura sexual establecida, lo que facilita o dificulta la promoción de una cultura en salud sexual.

En la actualidad, aunque la ideología asimila lo biológico a lo inmutable y lo sociocultural a lo transformable, es mucho más fácil modificar los hechos de la naturaleza que los de la cultura. De esto puedo mencionar que existen otros valores que también ocupan una posición muy alta dentro de la jerarquía cultural y que entran en clara contradicción con el de la salud. Tener éxito, vivir cómodamente o experimentar sensaciones muy fuertes como lo buscado en esta cultura en la obtención de lo fácil e inmediato, son algunas de las motivaciones que se oponen en muchos casos, al comportamiento saludable. Por ejemplo, la publicidad que facilita la búsqueda y restringe la creatividad de quien la recibe, el poder de la tecnología médica para curar a través de trasplante, la liposucción en vez de hacer ejercicio, los órganos artificiales, las técnicas quirúrgicas, y la medicina, pueden servir como justificación para no emprender medida preventiva alguna. Además de los intereses económicos sobre el actual estilo de vida.

Aunque existen diferencias entre culturas, no se puede negar que las culturas locales están cada vez más trastocadas por el resto de las culturas, sin embargo, los esquemas simbólicos y los patrones de comportamiento operan mediando entre distintas esferas normativas y lenguajes morales variados. Por eso siempre están surgiendo estilos de vida nuevos, como lo son las adolescencias muy largas, madres precoces o tardías, esposas proveedoras y maridos frente a presiones domésticas, preferencias sexuales más combinadas y abiertas, parejas menos estables, familias campesinas con pautas eróticas modernas, etc. Por eso la educación sexual formal, tiene que ponerse a tono con las necesidades de la vida, aproximada más a lo real, a considerar la historia para adecuar e incorporar propuestas y alternativas de lo actual y lo futuro, rescatando los aciertos de lo pasado.

Por otra parte, considero que uno de los caminos para crear acciones en el ejercer y legitimizar los derechos que poseemos como seres humanos, implica el reconstruir la compleja combinación entre sexo y género, destacando que la cultura con sus símbolos y significados, no determina la expresión de la

sexualidad, y por lo tanto, esto abre la posibilidad para liberarse de roles genéricos que influyen en la sexualidad, que de alguna manera afecta sobre la problemática social. Si el discurso en torno a las infecciones de transmisión sexual, el SIDA y el embarazo no se modifica, si no se erotiza al sexo más seguro, si no se cambia la rígida educación que se hace en torno al género y si no se educa acerca de la sexualidad humana, descargándola de la culpa que se ha depositado en ella y evitando su encuadre en términos médicos al definir "salud sexual", si no se promueven los derechos y las obligaciones de los derechos sexuales, difícilmente se podrán dar alternativas reales a la problemática social de la sexualidad.

Los programas preventivos de las ITS son una invitación al Psicólogo(a) para implementar estrategias educativas para la promoción del autocuidado. Sin embargo, en la medida que comiencen a cuestionarse su concepto del deber ser y reflexionen acerca de sus necesidades físicas, materiales, intelectuales y emocionales, la forma de educar será necesariamente diferente, haciendo uso del respeto tanto para si, como para terceras personas. En este punto el cambio será dirigido por cada persona primero, y de manera complementaria con la pareja, para poder propiciar cambios en los que se decide de manera responsable el conjunto de conductas más favorables.

Por otra parte, ante la realidad de los adolescentes, en el ejercicio de la experimentación de su sexualidad de manera libre y espontánea. La comunicación honesta y el ejercicio de la sexualidad responsable, puede plantear abiertamente el tener relaciones sexuales con la única finalidad de obtener placer, sin el riesgo de la adquisición de alguna ITS o de un embarazo no planeado.

Como se mencionó en algún apartado, la adolescencia es un periodo de grandes cambios físicos y psicológicos, durante el cual el joven aprende a asumir el control de su propia vida y a tomar decisiones que pueden tener consecuencias para ellos mismos y para otros. En los últimos años se han generado gran cantidad de cambios en la sociedad a causa de la rápida urbanización, industrialización, aumento de los viajes y la gran diseminación de nuevos valores a través de los medios masivos de comunicación, que han dado a los adolescentes una mayor

cantidad de opciones para su vida, algunas de las cuales pueden ser muy riesgosas en este caso en lo que respecta a las conductas sexuales de riesgo.

De ello, considero que mi papel como psicóloga en la responsabilidad como participante en la legitimización del conocimiento, como lo es el de transmitirles lo que se considera es la sexualidad, y los riesgos e implicaciones que conlleva el comportamiento de éste, ante un grupo como lo son los adolescentes, es la necesaria implementación de estrategias educativas mediante el conocimiento psicológico de los adolescentes, que apoye la conscientización, la reflexión, el análisis, la construcción, el diálogo, y el inquietar más que el informar y problematizar, o más que el dictaminar. Porque creo que de la tranquilidad y la información insuficiente en sí misma, surgen la inmovilidad y el dogma, mientras que de la inquietud y la capacidad de detectar problemas, provocan la duda y la necesidad de encontrar o construir conocimientos para el encuentro con el bienestar, creando una cultura de la anticipación o de la prevención, en la percepción de riesgo, en el autoconocimiento y en el autocuidado.

La educación adecuada y completa de los padres, o en sí de los modelos en los que se transmite el conocimiento a los adolescentes, como la escuela, los amigos, los servidores de salud, se considera que pueden incorporarse en una actividad necesaria para evitar un efecto disruptivo, y para fortalecer los vínculos en las relaciones humanas, lo cual complementa el trabajo de la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva.

Pienso que, en nuestro tiempo, tanto los adolescentes como las familias y los grupos sociales necesitamos con urgencia la construcción inteligente, colectiva e imaginativa de marcos alternativos desde los que podamos no tan sólo mirar, sino también concebir, vivir y convivir con la salud, con la adolescencia, con la sexualidad, con la vida en si. Para ello, el psicólogo también puede contribuir en un programa más integral y con mayor difusión, aunque quizá no llegue al mismo nivel de difusión en que se promocionan los productos dañinos a la salud.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, R. (1998). **Sexualidad de la Gente Joven**, México: Mexfam.

Aguilar G. (1994). "Educación de la sexualidad en la adolescencia**". Antología de la Sexualidad Humana**. Tomo III. México: Porrua.

Aldana, A. (1998). "La sexualidad y las enfermedades de transmisión sexual". **Antología de la Sexualidad Humana**. Tomo III. México: Porrua

Alvarez-Gayou, J. (1986). **Sexoterapia Integral**. México: Manual Moderno

Amigo, V. (1998). **Manual de Psicología de la Salud**. España: Pirámide.

Amuchástegui, A. (2001). **Virginidad e Iniciación Sexual en México**. México: EDAMEX

Aramburu, C. (1993**). Los Jóvenes y los Programas en Salud y Sexualidad en América Latina**. México: MEXFAM

Bernal, E. (200). **Miradas Sobre el Aborto**. México:GIRE

Bernstein, A. (1986). México: Mc. Graw-Hill.

Boring, E. (1979). **Historia de la Psicología Experimental**. México: Trillas

Buela-Casal, G. (1991). **Manual de Psicología Clínica Aplicada**. México: Siglo XXI

Buela-Casal, G. (1996). **Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud**. España: Editorial Siglo XXI.

Brett, G. (1963). **Historia de la Psicología**. Buenos Aires: Paidós

Bustos, R. (1994). "La formación del género" **Antología de la Sexualidad Humana**. Tomo I. México: Porrua

Carrillo, M. (1989**). La Sociología**. México: Jocamar

Chandiramani, R. (2002) **Boletín Informativo para Jóvenes**. México: Católicas por el Derecho a Decidir.

Chapela, L. (2000). **Hablemos de Sexualidad en Familia**. México: MEXFAM

Chaplin, F. y Krawiec, T. (1978). **Sistemas y Teorías**. México: Interamericana

Ciparros, A. (1990). **Historia de la Psicología**. Perú: Ceac.

Confer, J. (1980). **Adolescencia. Generación Presionada**. Colombia: Harper & Row Latinoamericana, S.A.

Craig G. (1989). **Desarrollo Psicológico**. México: Prentice Hall.

Deval, J. (1994). **El Desarrollo Humano**. México: Prentice Hall.

Díaz, A. (2001). **Promoción de la Salud y Cambio Social**. España: Masson

Fernandez-Ríos, L. (1994). **Manual de Psicología Preventiva**. México: Siglo XXI

Flores, A. (2002) **Boletín Informativo para Jóvenes**. México: Católicas por el Derecho a Decidir

Galvez, V. (2002) **Boletín Informativo para Jóvenes**. México: Católicas por el Derecho a Decidir A. C.

Greene, W. (1998). **Educación para la Salud**. México: Interameriacana

Grief, E. y Ullman, K. (1982). The psychological Impact of Menarche on Early Adolescent Females. A review of the literature. **Child Development**. 5 (3), 1413-1430.

Harrsch, C. (1997). **La Identidad del Psicólogo**. México: Trillas.

Horrocks, J. (1993). **Psicología de la Adolescencia**. México: Trillas.

Jáuregui, R. (1998). **Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad**. Argentina: Panamenricana

Jay, L. (1988). **Psicoterapias Contemporáneas**. Bilbao: Declée de Brouwer.

Kazdín, A. (1989). **Historia de la Modificación de la Conducta**. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Kissling, F. (1997). **El Vaticano y las Políticas de Salud Reproductiva**. Londres: Católicas por el Derecho a Decidir A.C.

Lagarde, M. (1998). “La Regularización social del género”. **Antología de la Sexualidad Humana**. Tomo I. México: Porrua

Lara, C. (1994) “Masculinidad y Feminidad” **Antología de la Sexualidad Humana**. Tomo I. México: Porrua

Lazo, C. (1995). **Perspectiva Hacia el Siglo XXI**: La Nueva Cultura de la Salud Sexual. México: MEXFAM

Mayén, H. (1997). **Hablemos de Sexualidad**. México: MEXFAM

Mc Kinney, J.; Fitzgerald, H. y Strommen, E. (1982). **Psicología del Desarrollo**. México: Manual Moderno.

Ochoa, T. (2000**) La Población**. México: Ediciones 2000

Pick, W. (1994). **Antología de la Sexualidad Humana**. Tomo III. México: Porrúa

Pick, W. (1992). **Planeando tu Vida**. Programa de Educación Sexual para Adolescentes. México: Planeta.

Phares, J. (1996). **Psicología Clínica**: Conceptos Métodos y Practica. México: El Manual Moderno S.A de C.V.

Rodríguez, R. (1994**). Antología de la Sexualidad Humana**. Tomo III. México: Porrúa

Sánchez, R. (2003) **Taller de Capacitación para Prestadores de Servicios de Salud**. Católicas por el Derecho a Decidir

Schneider, P. (18). **Psicología Aplicada a la Práctica Médica**

Tubau, M. (1995). **Enciclopedia de la Adolescencia**. Tomo 3. España: Credito Reimo.

Vargas, B. (2002). **Revista Electrónica de Psicología**. Disponible en www.iztacala.unam.mx/carreras/psicología

Vargas, D. (1993). **Educación para la salud**. México: Interamericana

Venegas D. (2003). "**Sexualidad de la Gente Joven"**. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México FES Zaragoza, México.