

# **UACM**

**Universidad Autónoma  
de la Ciudad de México**

---

*Nada humano me es ajeno*

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
CIENCIAS Y HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD  
PLANTEL CASA LIBERTAD**

**La Educación Sexual otorgada a los y las Adolescentes de 15 a 19 años en el Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda. Una reflexión de las prácticas de promoción de la salud.**

## **T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**PRESENTA:**

**MARÍA EUGENIA RAMÍREZ IBARRA**  
(Matrícula 01-000- 0453)

**DIRECTORA DE TESIS: MTRA. NATIVIDAD ALMANZA BELTRÁN**

**México, D. F. julio de 2011.**

## SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

### RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

### DERECHOS RESERVADOS ©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

UACM4 TST425

## Índice

<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
---------------------------	----------

### **Capítulo 1**

#### **La adolescencia**

1. 1. Una aproximación al Concepto.....	7
1. 2. La Adolescencia como Construcción Social.....	9
1. 3. La Adolescencia como campo de estudio desde diversas disciplinas.....	12
1. 4. Algunos problemas de enfermedad de los y las adolescentes.....	23

### **Capítulo 2**

#### **Educación sexual e intervención institucional con adolescentes**

2. 1. Sexualidad.....	34
2. 2. Salud Sexual.....	43
2. 3. Educación Sexual.....	44
2. 4. Algunas Experiencias de Educación Sexual en América Latina.....	47
2. 5. Educación Sexual en México y algunas investigaciones.....	53
2. 6. Programas de atención a la salud del adolescente en México.....	66
2. 6. 1. Vinculación del Programa de Atención para la Salud de la Adolescencia con programas de acción del Programa Nacional de Salud.....	68

### **Capítulo 3**

#### **Promoción de la salud; enfoques teórico-metodológicos**

3. 1. Socio Histórico.....	77
3. 2. Médico Hegemónico.....	82
3. 3. Estilos de Vida.....	88
3. 4. Propuesta Emancipatoria.....	93

## **Capítulo 4**

### **Características generales del área de estudio**

4. 1. Delegación Iztapalapa.....	102
4. 2. Composición de la población.....	105
4. 3. Aspectos Sociales.....	107
4. 4. Educación.....	110
4. 5. Ocupación.....	112
4. 6. Aspectos económicos.....	113
4. 7. Aspectos políticos.....	116

## **Capítulo 5**

### **Metodología**

5. 1. Planteamiento del problema.....	118
5. 2. Hipótesis.....	122
5. 3. Tipo de estudio.....	122
5. 4. Técnicas e instrumentos para la recolección de información y universo de trabajo.....	123
5. 5. Universo de trabajo.....	125
5. 6. Muestra.....	126
5. 7. Criterios de selección.....	127
5. 8. Procedimiento.....	127

## **Capítulo 6**

### **Presentación de resultados**

6. 1. Análisis de resultados cuantitativos.....	152
6. 2. Análisis de resultados cualitativos.....	168

<b>Conclusiones.....</b>	<b>202</b>
--------------------------	------------

<b>Referencias.....</b>	<b>212</b>
-------------------------	------------

*Nosotros pensamos que existe todavía un vasto sector de la ciencia social en el que no se está más que en las etapas taylorianas de la racionalización del trabajo intelectual y en el que el pleno de la personalidad no puede más que contribuir al rigor científico.*

*El rigor del razonamiento es más importante que el del cálculo. El cuestionamiento es más importante que el cuestionario.*

Edgar Morin.

## Agradecimientos

A mi madre, a Eduardo mi hijo y a Enrique por todo el apoyo, comprensión, amor que me dan siempre y por cultivar e inculcar el don de lucha y superación para la realización de mi tesis y para la vida misma, brindándome su tiempo, dedicación, consejos y acompañamiento e interés por lograr este paso importante en mi vida. ¡Los quiero mucho!

No olvidaré al grupo de adolescentes que decidió participar en el taller, a las y los entrevistados que me dejaron una huella valiosa al compartir sus experiencias de vida y su significado las cuales ya forman parte de mi vida profesional y personal como un aprendizaje significativo. Asimismo, agradezco el valioso apoyo del Director Jurisdiccional de Iztapalapa Dr. Francisco Javier Serna Alvarado, al Dr. Enrique Omaña Mendoza del Área de Enseñanza por su escucha y asesoramiento y al personal del Centro de Salud participante en mi trabajo de campo.

Para la realización de este trabajo de investigación fueron muchas las personas que participaron y a las cuales les expreso mi agradecimiento, principalmente a la profesora Natividad Almanza Beltrán, mi directora de tesis, que durante las asesorías aportó sus conocimientos y sugerencias; a mis lectores, los profesores César E. Fuentes Hernández, Juan Manuel Mendoza Rodríguez, Alma Nora Nava Martínez y Javier Gutiérrez Marmolejo, que gracias a sus observaciones y consejos que me transmitieron en la elaboración de esta tesis se llegó a su culminación.

También agradezco a todos mis profesores que me transmitieron sus conocimientos a través de la licenciatura así como a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Plantel Casa Libertad, por acogerme en su recinto durante la carrera y por el apoyo económico brindado para la impresión de la presente tesis.

Verano del 2011.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se centra en el análisis de las prácticas de promoción de la salud institucional en materia de educación sexual dirigida a los y las adolescentes. El objeto de estudio parte de un interés especial por la etapa de la adolescencia, por ser esencialmente una época de cambios, en la cual se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación; sin embargo como una etapa en construcción también se inscriben significados que pueden influir de una u otra forma en su salud.

En el mundo existen alrededor de 1000 millones de adolescentes entre los 10 y 19 años (Vinculando, 2010); el 85 por ciento de los jóvenes viven en los países con una economía dependiente, esta proporción elevada de adolescentes se puede explicar por dos fenómenos: una disminución progresiva de la mortalidad de los menores de cinco años y una menor tasa de fecundidad.

Este período se caracteriza por el alto riesgo a que están expuestos los y las adolescentes de asumir conductas que pueden afectar su estado de salud, lo cual se verá reflejado en sus expectativas de vida a corto o a largo plazo.

Algunos problemas de enfermedad de los y las adolescentes son: infecciones de transmisión sexual, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) los cuales tienen una alta incidencia. De acuerdo con las estadísticas del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

(CENSIDA, 2010) hay alrededor de 10 mil nuevas infecciones de VIH en México, aproximadamente 1 caso cada hora. Existen cerca de 225 mil personas VIH, en el caso de los embarazos a temprana edad se estiman 450 mil nacimientos anuales en mujeres menores de 20 años y con respecto a las muertes maternas los casos son de 250 mil al año; éstos se han convertido en serios problemas de salud pública, y el Estado no ha generado estrategias ni ha puesto en marcha acciones que lleven a resolver el problema.

La Educación Sexual, según Cerruti (1992) debiera comenzar lo antes posible, no en el momento del nacimiento sino en el momento de la concepción del nuevo ser, y continuar, en forma progresiva durante toda la vida. Proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, informal y formalmente, conocimientos, actitudes y valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones, que incluyen desde los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales de los mismos.

Si la educación sexual en las instituciones es prescriptiva y prohibitiva y no ha logrado atender y resolver los problemas de salud en los y las adolescentes, entonces es imprescindible abordarla desde la promoción de la salud heterodoxa que considera a los seres humanos como sujetos éticos capaces de construir conocimiento independientemente de los expertos o de las instituciones y, con base en ese conocimiento, dar significado, valor y sentido a su mundo y práctica (Chapela, 2007).

La educación sexual consciente, reflexiva, formal e integral es fundamental para cada sujeto de cualquier edad y género vista desde la promoción de la salud que tiene una

visión emancipatoria y que impulsa las capacidades humanas en los y las adolescentes y que permite una construcción de proyecto desde su propia experiencia.

En este sentido, surge el interés de observar y analizar las prácticas de promoción de la salud institucional en materia de sexualidad y parto de una primera pregunta de investigación: ¿Cuáles son las formas de brindar educación sexual a los y las adolescentes de 15 a 19 años de edad en el Centro de Salud T-III Maximiliano Ruiz Castañeda?

El interés sobre el tema de las prácticas de promoción de la salud institucional tiene un referente evidentemente empírico a partir del contacto que tengo con los centros de salud donde laboro, aspecto que me ha permitido un acercamiento cotidiano con el personal de salud y con los y las adolescentes que acuden a solicitar el servicio de educación sexual. El reto académico consistió en lograr una mirada crítica sobre cómo se instituyen las prácticas de promoción de la salud respecto a educación sexual en los servicios de Salud Pública, ¿por qué señaló que es un reto? porque participo de alguna manera en la reproducción de muchas de esas prácticas que ahora puedo cuestionar y reflexionar a partir de mi formación de la licenciatura en promoción de la salud.

A partir de esta realidad se plantean los siguientes objetivos generales:

- Identificar el tipo de educación sexual otorgada a los y las adolescentes de 15 a 19 años de edad en el C. S. T-III Maximiliano Ruiz Castañeda.

- Reflexionar sobre las prácticas de promoción de la salud operadas en la institución de salud.

La metodología planteada en la investigación parte del paradigma cualitativo, la cual da la oportunidad de nombrar “palabras” y mirar “conductas”, teniendo como resultado una descripción transparente y una comprensión de las múltiples experiencias de los y las adolescentes que asisten al centro de salud. Así mismo, se utilizó de la estadística descriptiva para recabar información socio-demográfica de la población sujeto de estudio.

El contenido del trabajo está conformado por seis capítulos, el primero nos da un panorama general acerca del concepto de adolescencia como construcción social. Se presenta un resumen del campo de estudio desde la perspectiva de la Antropología Social, la Sociología, la Psicología y desde la Médico-biologicista, cerrando este capítulo abordando algunos problemas de enfermedad de los y las adolescentes.

El segundo capítulo abarca los principales conceptos de educación sexual, así como algunas experiencias en América Latina, la intervención institucional mediante los diferentes programas de salud en la atención con los y las adolescentes en México.

El capítulo tres consta de la visión de promoción de la salud desde diversos enfoques teórico-metodológicos seleccionados para este estudio: socio-histórico, médico-hegemónico, estilos de vida y de la propuesta emancipatoria. Esta última forma parte de la orientación teórica seguida en el presente trabajo debido al interés de identificar las

similitudes y diferencias de los enfoques de la promoción de la salud institucional y emancipatoria desde las perspectivas de un grupo de adolescentes y del personal de salud.

El cuarto capítulo trata sobre las características de la delegación Iztapalapa y se presenta un panorama general de los aspectos sociales, políticos y económicos de la población en estudio, lo cual muestra sus características específicas.

En el quinto capítulo se describe la metodología y se detalla el tipo de estudio y las técnicas e instrumentos utilizados, así como el universo de trabajo y los criterios de selección.

El estudio es descriptivo porque especifica situaciones y eventos, describe las prácticas de promoción de la salud que el personal de salud ofrece a los y las adolescentes en el tema de educación sexual.

Para recabar datos socio-demográficos de los y las adolescentes, así como la información y la atención que reciben en el centro de salud con respecto al tema de salud sexual y reproductiva, se diseñó un cuestionario, el cual se aplicó a 60 adolescentes de manera aleatoria dentro de la consulta médica, en enfermería, en el servicio de trabajo social y en la sala de espera del Centro de Salud en donde se realizó la investigación.

Con respecto a la obtención de información cualitativa se realizaron entrevistas semi-estructuradas al personal de salud y a los y las adolescentes; se formó un grupo de reflexión con los adolescentes, lo cual aportó una interacción rica de experiencias sobre el trato que han recibido por parte del personal de salud.

Finalmente, el capítulo seis consta del análisis de resultados cuantitativos y cualitativos, el cual detalla cada punto de los temas indagados, habla sobre la postura del personal de salud, de la manera en la que los y las adolescentes perciben la atención, cómo son limitadas sus capacidades, cuáles son sus necesidades como adolescentes y cuál es la relación que se establece entre médico-paciente.

La realización de esta investigación permite visibilizar el sentir de un grupo de población conceptualizada como “adolescentes” (el otro). Me parece importante compartir lo que aprendí con ellos; en lo personal despertó un profundo y comprometido interés estudiar el campo de la sexualidad y las prácticas de promoción de la salud en las instituciones. Si bien es cierto que la promoción de la salud es un campo en construcción y que la concepción de la salud se ha extendido desde los planteamientos de la Carta de Ottawa (1986), también es real que el campo de la salud sexual y los derechos sexuales de los y las adolescentes es todavía un campo marginal. Considero que mediante prácticas de promoción de la salud emancipatoria se pueden revertir los problemas planteados inicialmente al permitir a los sujetos su autoconstrucción y la defensa de sus derechos en la atención de la salud.

# CAPÍTULO 1

## La Adolescencia

En este capítulo se da un panorama general del concepto adolescencia y se presenta un breve apartado visto desde la construcción social; asimismo, se da un resumen de los campos de estudio desde la perspectiva: antropología social, sociología, psicología y médico-biológica. También se abordan algunos problemas de enfermedad que enfrentan los y las adolescentes y su incidencia en nuestro país.

### 1. 1. Una aproximación al Concepto

Es importante empezar con un acercamiento de adolescencia, la siguiente definición la retomo de Armida Aberastury (1992) quien define: “literalmente adolescencia (latín ad: a, hacia+olescere: forma incoativa de oleré, crecer) significa la condición o el proceso de crecimiento”, aplica el término adolescencia al período de vida comprendido entre la pubertad y la edad adulta, el adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremas. Lo que configura una entidad, que es perturbadora para el mundo de los adultos, sin embargo, muy útil o benéfico para los y las adolescentes, que en este proceso va a establecer su identidad.

La adolescencia desde una visión biologicista: “El paradigma biologicista surge como resultado de diversos descubrimientos científicos en esferas de la biología, en un contexto histórico en el cual la Medicina y otras ciencias necesitaban despojarse del oscurantismo de una época asistida por los recursos religiosos, en ocasiones,

extremos, anulando todo lo que no fuera de concepción divina” ([www.bus.sld.cu](http://www.bus.sld.cu), consultada 08 abril 2011) es la etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto, el término denota el periodo desde el inicio de la pubertad hasta la madurez. Aunque esta etapa de transición varía entre las diferentes culturas, en general se define como el periodo de tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente. Para muchos la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro.

Se dice que la adolescencia es la línea divisoria entre la seguridad de la niñez y el mundo desconocido del adulto. Este periodo comprende entre el final de la infancia y el principio de la edad adulta. Suele comenzar a los 12 y 14 años en la mujer y en el hombre respectivamente y termina a los 21. En esta etapa se experimentan cambios que se dan a escala social, sexual, física y psicológica y termina cuando se llega al pleno estatus sociológico del adulto (Papalia, 2006).

En cierto sentido, la adolescencia ha venido a ser una etapa de desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de las demás, sin embargo, si sólo se define como la terminación de la niñez por un lado y el principio de la edad adulta por otro, se considera que el concepto de adolescencia estará siempre muy lejos de lo que el propio adolescente experimenta. Con lo que respecta a la adolescencia desde la cultura occidental, expresa la etapa del crecimiento definida especialmente por la búsqueda de la identificación y diferenciación como seres únicos. Los adolescentes necesitan confrontar con los adultos y cuestionar los modelos sociales y culturales establecidos.

De acuerdo con Lauro Estrada (1987), la adolescencia es tal vez la etapa que pone más a prueba la flexibilidad del sistema familiar, ya que se presentan con frecuencia situaciones de desacuerdos en actitudes y pensamientos con respecto a la forma de hablar, vestir, comportarse y/o el desempeño académico dejando claramente una rebeldía hacia los adultos, esto se debe, a los grandes cambios y reestructuraciones de los y las adolescentes.

## **1. 2. La adolescencia como construcción social**

Se podría decir que el concepto ha tenido transformaciones y significaciones diferenciadas a partir del desarrollo histórico de las civilizaciones, anteriormente la adolescencia transcurría sin que se le considerara algo de particular importancia en el ciclo de vida, “antes de la mitad del siglo XIX, la edad no constituía un factor particularmente importante o revelador de la experiencia social y la mayor parte de la gente solía mostrar tal indiferencia respecto a la edad” (Kett, 1993). La construcción de la adolescencia, como etapa de transición entre la niñez y la adultez, cobró importancia en la modernidad, a finales del siglo XIX. Los conceptos de adolescencia y juventud corresponden a una construcción social, histórica, cultural y relacional, que a través de las diferentes épocas y procesos históricos y sociales han ido adquiriendo denotaciones y delimitaciones diferentes: “la juventud y la vejez no están dadas, sino que se construyen socialmente en la lucha entre jóvenes y viejos” (Bourdieu, 2000).

A partir del desarrollo conceptual, la historiografía —y la filosofía— nos aportan los antecedentes, principalmente por el trabajo de fuentes documentales accesibles, donde

a partir de la tensión siempre presente en el análisis social sobre la constitución de categorías sociales y nociones que den cuenta del proceso en que los sujetos atraviesan por un ciclo vital definido histórica y culturalmente (Sandoval, 2002; Feixa, 1999; Levi y Schmitt, 1996). La adolescencia hoy en día es vista como una etapa de cuestionamientos, en la que los y las adolescentes buscan dejar ser niños para poder integrarse al mundo de los adultos, lo cual los lleva a serios procesos psicológicos y sociales que los caracterizan como individuos cambiantes, creativos, pero también irritantes y/o conflictivos, lo que conlleva a una difícil o lenta adaptación a nuevas situaciones o demandas sociales.

Los y las adolescentes generalmente no se perciben como un ser aislado sino que siempre están en constante interacción con los otros, que forman parte de las diferentes instituciones llámese: familia, escuela, iglesia, trabajo, etcétera. Es por eso que su realidad de la vida cotidiana y su mundo es compartido con los otros a pesar de las diferencias que hay de pensamientos y acciones con "otros" (padres, adultos, maestros). Y aunque a veces se cuestionan sobre la realidad, la asumen y aceptan en algunas ocasiones porque simplemente se da por establecida socialmente, las formas de percibir, comprender y explicar el mundo que los rodea tiene que ver con las formas de instalarse en su interior y las agencias de poder se encargan de construir un "tipo" de adolescente que responda a las necesidades del poder.

Así Bourdieu y Passeron (1995) señalan que el trabajo pedagógico tiene la función de inculcar una serie de principios, valores y normas que se interiorizan en los individuos, pero que además tienen que ser durables, es decir un *habitus* producido por la

interiorización de esos principios en donde el papel de las instituciones, a través de sus propios medios, generen los principios básicos para la reproducción de una arbitrariedad cultural.

El pensamiento y actuar del adolescente es la evolución desde una persona dependiente hasta otra independiente, cuya identidad le permita relacionarse con otros de una manera crítica, analítica y autónoma. Por ello es que la aparición de problemas emocionales es muy frecuente entre los adolescentes.

Diversas disciplinas pueden llegar a coincidir que en esta etapa de la vida donde surgen -entre otros- problemas emocionales así como los que tienen que ver con los procesos de cambios físicos y biológicos; estos cambios son evidenciados por la aparición de los llamados caracteres sexuales secundarios, muestra la madurez genital, es decir, el inicio de la capacidad reproductiva de los sujetos, desde una perspectiva biológica, y la vivencia de la sexualidad puede ser vista como posibilidad del ejercicio de la misma. No obstante es necesario considerar que hay variables de orden social y cultural que pueden modificar las formas de clasificar el desarrollo humano de los y las adolescentes, así como los comportamientos y formas de percibir el mundo.

De tal forma que si la adolescencia es una construcción social, también lo es su sexualidad definida como un conjunto de ideas, discursos y prácticas, configurada a partir de una compleja estrategia de poder que constituye sujetos, disciplina, cuerpos, deseos, mandatos y organiza todas las relaciones sociales. En esta estrategia participa de manera determinante la desigualdad y la injusticia social, pues la pobreza y la

inequidad de género se articulan de muy diversas maneras para producir un estado de vulnerabilidad social en grandes sectores de nuestra población (Sánchez, 1999).

Se puede concluir que los y las adolescentes se construye a partir de una serie de referentes históricos, sociales y culturales permeando pensamientos, acciones y ubicándolo en una dimensión biológica, psicológica, simbólica y social. Los valores, las emociones, sus necesidades, sus comportamientos serán confeccionados a partir de arbitrarios culturales impuestos desde la agencia de poder.

### **1. 3. La adolescencia como campo de estudio desde diversas disciplinas**

No hay teorías fáciles con que podamos definir la adolescencia, desde las diversas perspectivas teóricas e inclusive en un mismo campo disciplinar se encuentran diversas posiciones y explicaciones considerando que parten desde distintos paradigmas explicativos. A continuación se presenta de manera breve lo que la adolescencia significa en tres campos de estudio: social, comportamental y biológico.

#### **1. 3. 1. Antropología social**

De acuerdo con los estudios antropológicos, entre los individuos existen grandes diferencias supeditadas a la cultura en la cual fueron socializados en aspectos tales como métodos de crianza, restricciones y limitaciones impuestas a la juventud, y en general, en las formas de condicionamiento social acompañado de valores y normas sociales.

Algunos autores consideran que en el medio rural, la cultura es más homogénea, por lo que pueden esperarse mayores similitudes en la actitud de los adolescentes al ser más limitadas sus oportunidades de elección. Por eso, el conocimiento de su medio y de su pensamiento hace su conducta más fácil de predecir, a diferencia de los jóvenes que habitan las ciudades, donde existen menores semejanzas (Cerruti, 1992).

Esta diferencia puede explicarse por lo siguiente:

- a) La heterogeneidad de la cultura, que puede ser ocasionada por las múltiples subculturas que se interceptan.
  
- b) La transmisión de información entre diversas zonas geográficas que hace la cultura más dinámica.
  
- c) La amplitud y variedad de los antecedentes culturales.

Los y las adolescentes que viven en las sociedades más avanzadas se enfrentan a la llamada urbanización-tecnología y por ende a la centralización lo que en algunos casos conlleva a oportunidades y acceso de trabajo, escuela, cultura, servicio médico, etcétera, durante su etapa escolar se le dijo que mediante el estudio y la formación obtendrá un medio de vida cómodo, sin embargo, experimentan dificultades por no tener cabida en espacios y tiempos de trabajo remunerado para llegar a ser autosuficientes. Lo anterior desencadena el alto índice de deserción escolar, luego entonces, el desempleo aumenta.

### **1. 3. 2. Sociología**

En las sociedades occidentales complejas, caracterizadas por súbitos cambios tecnológicos y sociales, los y las adolescentes se encuentran frente a múltiples alternativas hacia las cuales orientar sus vidas. Esto reduce las posibilidades de que sus expectativas concuerden con las de sus padres, dado que ambos crecieron en medios con distinta estimulación ambiental, y en ocasiones, con distintos valores.

Para visualizar de manera objetiva el comportamiento de los y las adolescentes es importante entender cómo se da el proceso de la socialización. Se interioriza mediante la interacción con los diferentes agentes en la sociedad primaria, en donde la familia y la escuela, principalmente, juegan un papel importante, por lo que los y las adolescentes asumen un sentido común, que es construido mediante las ideas e imágenes que tienen en la conciencia, de acuerdo con la esfera de su realidad y de cómo van asimilándose, pero sobre todo, del sentir que experimentan de una vivencia a otra, por lo que le causa expectativa en un estado natural, y luego entonces, su vida cotidiana es un proceso por el cual hay una serie de acciones y pensamientos que simplemente deben de “asumir”, estén o no de acuerdo con ellos, simplemente por el hecho de ser normativas socialmente.

El tiempo también constituye la vida cotidiana, ya que en todo momento de la existencia de los y las adolescentes están inmersos los hechos pasados y los mantienen como referencia. De lo anterior, la importancia del papel fundamental que representa la familia y los valores que se le haya internalizado en su niñez. Aquí entran las “conmutaciones”

producidas entre el mundo de la vida cotidiana y el mundo de los juegos de los jóvenes. De repente se transportan a otra dimensión, crean un mundo propio con actores y ambientes de ficción donde todo es como lo desean, son sumamente fantasiosos; pero todas estas experiencias son momentáneas. Lo que da paso a diversas situaciones que sobre la marcha van definiendo.

Las relaciones con el mundo en general, cambian de signo y así, los y las adolescentes empiezan a preguntarse sobre la autoridad de los adultos en general, de los padres y profesores en particular, desarrollan una gran sensibilidad con respecto de lo justo y lo injusto, su mirada se vuelve crítica con cuanto le rodea, en las que cobra especial importancia la opinión de los amigos, la aceptación del liderazgo, y el soporte del grupo, que se eleva por encima de cualquier otra relación. Se desarrolla en suma, el concepto de sí mismo, es decir el conocimiento que tiene el joven de los valores, hechos o experiencias referidas al propio yo (Cutillas, 2002).

En la adolescencia comienza un periodo de búsqueda de identidad, de contradicciones, de confusión y/o ambivalencia un periodo doloroso caracterizado por fricciones familiares y sociales. Ello, aunado la desidealización de las figuras parentales, hunde al adolescente al profundo desamparo, ya que las vinculaciones afectivas con los padres permanecen vigentes sólo hasta la adolescencia, en donde, de acuerdo con Peter Blos (1975), se presenta un segundo periodo de individualización en el que hay un nuevo desarrollo del concepto de sí mismo. Lo anterior lo vemos en nuestro contexto, a los y las adolescentes se les asigna o etiqueta con un rol o personalidad de rebeldes, inmaduros e irresponsables y tanto es la repetición de este mensaje que en el

adolescente realmente se lo cree y adopta dicho papel, pero más que nada lo hace también en son de rebeldía, implícitamente grita que es todo lo contrario y desea atención.

En la socialización secundaria de acuerdo a *Berger y Luckman*, ([www.scribd.com/berger-luckman](http://www.scribd.com/berger-luckman), consultada 04 mayo 2011) es la introducción a otros ámbitos nuevos del mundo objetivo de su sociedad, llámese institución escolar, social, de salud, etcétera, por lo que los y las adolescentes previamente ya han internalizado su mundo en la sociedad primaria, y aunque ahora se enfrenta a otra experiencia que de igual forma internalizará pero siempre de acuerdo con sus valores ya existentes. Es cuando los adolescentes se topan con obstáculos, pues se enfrentan a muchos cambios y condiciones desconocidas para ellas y ellos.

En la socialización secundaria los y las adolescentes experimentan la externalización, y no es más que transmitir lo ya internalizado, demuestra todas sus ideas, pensamientos, acciones, creencias, costumbres, etcétera. Luego, para demostrarse tal cual ante la familia y sociedad, muchas veces son criticados y juzgados, ya que sus pensamientos e ideales no concuerdan con lo establecido socialmente.

Ante todos los cambios por los que pasan los y las adolescentes, un ámbito sumamente controvertido, son los riesgos sociales y de salud que enfrentan estos jóvenes en su sexualidad y salud reproductiva, por lo que la opinión de Weeks (1983) es ilustrativa:

“la sexualidad no es una olla de vapor que debemos tapar porque nos puede destruir; tampoco es una fuerza vital que debemos liberar para salvar a nuestras civilizaciones. Más bien debemos cobrar conciencia de que la sexualidad es un resultado de distintas prácticas sociales que dan significado a las actividades humanas, de definiciones sociales y autodefiniciones, de luchas entre quienes tienen el poder para definir y reglamentar contra quienes se resisten. La sexualidad no es un hecho dado, es un producto de negociación, lucha y acción humanas”.

### **1. 3. 3. Psicología**

De acuerdo con Dávila (2005), conceptualmente la adolescencia se constituye como campo de estudio dentro de la psicología evolutiva, de manera reciente, pudiendo asignarse incipientemente sólo a finales del siglo XIX y con mayor fuerza a principios del siglo XX, bajo la influencia del psicólogo norteamericano Stanley Hall (1904) la adolescencia es una etapa especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que los y las adolescentes se encuentran divididos entre tendencias opuestas. Además, la adolescencia supone un corte profundo con la infancia, es como un nuevo nacimiento (tomando esta idea de Rousseau) en la que el joven adquiere los caracteres humanos más elevados (Delval, 1998).

Los comportamientos que reflejan los y las adolescentes en el ámbito escolar, van desde problemas de aprendizaje y los trastornos nutricionales (anorexia, obesidad, bulimia) aparentemente simples, hasta otros problemas tales como los emocionales. Se

considera que 4 de cada 10 en algún momento se sienten tristes y llegan a llorar y han deseado alejarse de todo y de todos, esto se puede considerar una leve depresión, en algunos de los casos llega a agravarse e incluso deriva en conductas suicidas, pueden aparecer fobias y ataques de pánico.

También existen problemas conductuales; los y las adolescentes y sus familias suelen quejarse cada uno de la conducta del otro. Aberastury (1992), dice: "el pensamiento del adolescente está determinado por un proceso de triple duelo, duelo por la pérdida del cuerpo infantil, duelo con la pérdida del rol y de la identidad infantil que lo obliga a enunciar a la dependencia y una aceptación de respuestas que muchas veces desconoce y el duelo por la pérdida de los padres infantiles".

Retomando el sentir en la adolescencia, los y las adolescentes padecen frecuentes y bruscas oscilaciones del ánimo como consecuencia de la pérdida de la identidad infantil; existe en el adolescente el deseo y el deber de la independencia pero a la vez el desconocimiento de cómo dejar de depender y cómo superar los duelos. En ocasiones, la persistencia de síntomas alarmantes puede hacer pensar en un trastorno depresivo importante. En general, se trata de crisis melancólicas destinadas a remitir espontáneamente. Sin embargo, los padres preocupados o desesperados por dichas crisis optan por buscar ayuda profesional y el adolescente se ve inmerso en terapia ya sea psicológica o psiquiátrica, decisión que la mayor de las veces no es muy bien aceptada por los y las adolescentes.

En lo cotidiano y en el contexto social como escolar, los y las adolescentes buscan, con o sin conocimiento de causa, una actividad ideal para ellos, el deporte es una excelente ocasión para socializar y también para evadirse del medio familiar y sobre todo, librarse de la supervisión de los padres, liberar energías y descargar su carácter agresivo o cambiante; por ello la práctica de algún deporte es importante para el desarrollo progresivo, armónico y completo de los mismos, ya que la actividad e interacción con los otros adolescentes y adultos influye en la estructuración de su personalidad y por ende en su proceso madurativo.

Los estudios recientes han demostrado que los problemas emocionales de los y las adolescentes no suelen ser reconocidos ni siquiera por sus familiares o amigos.

#### **1. 3. 4. Médico - biológica**

Desde el punto de vista médico la adolescencia puede ser abordada como la etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto. En este sentido, el término denota el periodo desde el inicio de la pubertad hasta la madurez, y suele empezar en torno a la edad de catorce años en los varones y de doce años en las mujeres. Aunque esta etapa de transición varía entre las diferentes culturas, en general se define como el periodo de tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente.

El comienzo de la pubertad está asociado en algunos casos con cambios muy notorios en la estatura y en los rasgos físicos. En este momento, la actividad de la hipófisis

supone un incremento en la secreción de determinadas hormonas con un efecto fisiológico general. La hormona del crecimiento produce una aceleración del crecimiento que lleva al cuerpo hasta casi su altura y peso adulto en unos dos años. Este rápido crecimiento se produce antes en las mujeres que en los varones, indicando también que las primeras maduran sexualmente antes que los segundos.

La madurez sexual en las mujeres viene marcada por el comienzo de la menstruación y en los varones por la producción de semen. Las principales hormonas que dirigen estos cambios son los andrógenos masculinos y los estrógenos femeninos. Estas sustancias están también asociadas con la aparición de las características sexuales secundarias. En los varones aparece el vello facial, corporal y púbico, y la voz se hace aguda. En las mujeres aparece el vello corporal y púbico, las mamas aumentan y las caderas se ensanchan. Estos cambios físicos pueden estar relacionados con las modificaciones psicológicas; de hecho, algunos estudios sugieren que los individuos que maduran físicamente antes están mejor adaptados que sus contemporáneos que maduran más tarde (Martínez, 1997).

Los cambios físicos que ocurren en la pubertad determinan el comportamiento natural de su conducta sexual y experimentan el explorarse y conocer su cuerpo de manera individual o bien en pareja. Asimismo durante la pubertad y adolescencia suceden cambios que van a determinar el carácter adulto de los jóvenes, indicando la pubertad los cambios físicos que tienen lugar, y la adolescencia un periodo más largo, que contempla tanto variación física como emocional (Martínez, 1997).

Los cambios en las niñas: El cuerpo de las mujeres empiezan a madurar sobre los diez años, y la edad promedio de la aparición de la menstruación se sitúa en los doce años pero en algunos casos se presenta antes, aunque depende mucho de las latitudes y de factores individuales.

- Las mamas aumentan su tamaño, los muslos se redondean.
- Se estrecha la cintura, las caderas se ensanchan.
- Crece vello alrededor de la vulva y en las axilas.
- Aumenta la transpiración.
- Alargamiento de las extremidades.
- Aumenta el apetito, la estatura y el peso corporal.
- La piel se torna más grasa, sobre todo en la cara.
- Los huesos de la cara se agrandan, perdiendo su aspecto infantil.
- Maduración folicular (los óvulos alojados en los ovarios inician su maduración).
- El útero comienza a desarrollarse.
- La vulva y el clítoris se vuelven más sensibles.
- Puede aparecer una pequeña cantidad de flujo blanquecino procedente de la vagina.

Los cambios en los niños: El cuerpo masculino tarda un poco más en iniciar su maduración, que sucede entre los once y catorce años, aunque como en las chicas depende también otros factores, individuales, climáticos, etcétera. Cualquier variación en este sentido es completamente normal.

- Los hombros y el pecho se ensanchan.
- Los músculos en general se desarrollan, perdiendo las formas redondeadas de la niñez.
- Crece vello alrededor del pene, en brazos, piernas, pechos y axilas.
- Alargamiento de las extremidades.
- Aumenta el apetito, la estatura y el peso corporal.
- La piel se hace más grasa, sobre todo en la cara.
- La cara se agranda y se hace más angulosa.
- Aparición del vello facial.
- La laringe se alarga y aparece “La nuez de Adán”. Cambia la voz y se hace más grave.
- Los testículos se agrandan y ganan sensibilidad. Así mismo el pene se agranda y alarga.

En ambos géneros, estos cambios aparecen de manera sorpresiva, en unos velozmente y otros con más lentitud, lo que lleva a algunos adolescentes a asimilar de forma gradual dichos cambios que se reflejan en su sentir y actuar entre iguales, mientras unos comienzan a madurar, algunos continúan en un mundo de nostalgia por aquello que comienza a ser diferente. En gran parte esto determina la gran confusión a la que se enfrentan los jóvenes de ambos sexos, ya que habituados a un organismo infantil, han de recibir ahora una nueva imagen, adaptarse a ella, y tratar de solventar cuantas dudas y contradicciones parecen, tanto en su cuerpo como en su mente (Cutillas, 2002).

Como puede observarse, las diversas formas de estudiar el constructo de la adolescencia hace que se ponga énfasis en determinados elementos de acuerdo con el campo disciplinar, sin embargo, también se encuentran puntos de coincidencia al definir el concepto como un estado de búsqueda, de cuestionamiento de lo establecido, de un desafío a los esquemas de autoridad; es una etapa en donde los esquemas de reproducción social se impregnan en los sujetos, en este caso en las y los adolescentes.

#### **1. 4. Algunos problemas de enfermedad de los y las adolescentes**

Los problemas de enfermedad de la adolescencia y juventud tienden a ser muy diferentes de los que se presentan a edades más tempranas y están condicionados por una carga psicosocial elevada y un bajo tenor de trastornos orgánicos. Este hecho influye de manera trascendental en la disponibilidad de información para analizar las condiciones de salud del grupo, ya que a la falta de datos de incidencia de enfermedades, se agrega la escasez del registro de problemas psicosociales.

En los adolescentes se presentan las mayores diferencias de la mortalidad entre hombres y mujeres, lo que lleva a un análisis de la situación de salud y la asignación de prioridad y atención en los abordajes de políticas públicas de acuerdo con el contexto social de este grupo.

En México, las causas de defunción en esta etapa de la vida se vinculan estrechamente con las conductas y situaciones de riesgo. De hecho, las principales causas de muerte

son los accidentes y las lesiones intencionales, las cuales acumulan poco más de dos terceras partes del total de defunciones en los hombres jóvenes (64.7%); mientras que entre las mujeres estas causas concentran a un tercio de la muertes (32.9%), seguidas de los tumores malignos (10.9 %) y las asociadas con complicaciones de la maternidad (8.5%) (Conapo, 2006).

Los comportamientos y prácticas sexuales de los y las adolescentes se encuentran relacionados con sus niveles de salud, considerando que gran parte de dichas prácticas son de riesgo. De acuerdo con los resultados preliminares del análisis sobre la conducta sexual en estudiantes de secundaria y bachillerato técnico del Distrito Federal (2008), los varones tienen en promedio su primera relación sexual a los 14.5 años y las mujeres a los 15.5 años; y en algunos casos tal inicio sexual ocurre regularmente sin el uso de algún método de prevención del embarazo, del Virus del Papiloma Humano (VPH) y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

De acuerdo con estudios realizados desde una perspectiva psicologista, el comportamiento de los y las adolescentes son prácticas sexuales y relaciones de riesgo repetitivas sin protección, por lo tanto son síntoma de problemas emocionales. Reflejan un estilo de vida al límite; los adolescentes que asumen estos riesgos tienden a asumílos en otras facetas de la vida (Martínez, 2008). El riesgo queda de manifiesto en las tasas desproporcionadamente elevadas en las ITS y los embarazos no deseados. No obstante, que se debe ser cuidadoso en esta postura ya que los problemas de enfermedad no se determinan a partir de problemas emocionales de los sujetos,

involucran aspectos sociales y culturales los cuales explican las prácticas sexuales de los y las adolescentes.

Cabe aclarar que en el presente trabajo se muestran los principales problemas de enfermedad que enfrentan los y las adolescentes de acuerdo con el enfoque del tema: educación sexual, esto no significa que el resto de las problemáticas y causas de muerte del adolescente no sean importantes.

### **Infecciones de transmisión sexual**

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son aquellas afecciones que se adquieren fundamentalmente a través del contacto sexual, antes llamadas enfermedades venéreas, haciendo alusión a Venus, la diosa del amor.

Numerosos microorganismos pueden transmitirse durante las relaciones sexuales sin la utilización del preservativo masculino y femenino, éstos pueden ser: bacterias, hongos, virus y parásitos. Tradicionalmente, las enfermedades de transmisión sexual (ITS) se caracterizaban por la aparición de una lesión en la zona de los órganos sexuales después de una relación sexual.

En muchos países del mundo las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) amenazan con desaparecer a millones de personas en un corto período de tiempo de no tomarse las medidas necesarias por las entidades encargadas. En las dos últimas décadas se observa un aumento del número de personas con la enfermedad, tanto en los países

industrializados como en vías de desarrollo, estimándose que a nivel mundial aproximadamente 685 mil personas se contagian con una de estas enfermedades cada día y que cada año ocurren alrededor de 250 millones de casos nuevos de estas enfermedades (Vinculando, 2010).

Actualmente se acepta la existencia de una estrecha relación entre las distintas Infecciones de Transmisión Sexual y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el SIDA es una enfermedad infecciosa causada por un virus denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) éste tiene la particularidad de atacar a los linfocitos que son directores de nuestro sistema de defensa. Inicialmente el permanece en estado latente, es decir, “dormido” dentro de linfocitos. En algunos casos, al cabo de un tiempo, a menudo años por causas no bien determinadas, el virus se activa, es decir, “despierta” y comienza a destruir los linfocitos, de esta forma el virus debilita progresivamente el sistema inmune. Cuanto más conocimientos se tenga sobre estas infecciones y cuanto más oportuno y eficaz sea su control, mayor será la posibilidad de cortar la cadena de transmisión, en estos momentos existen 30 tipos de ITS, de las que 26 atacan principalmente a las mujeres y 4 a ambos sexos (Vinculando, 2010).

La utilización de anticonceptivos y la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) varían de acuerdo con la información disponible, según la edad de la iniciación sexual. Es más probable la utilización de preservativos y anticonceptivos en los y las adolescentes cuanto más tardía es la iniciación sexual. Se ha constatado que la educación sobre esas cuestiones modifica los comportamientos sexuales y parece

ser más eficaz si se imparte antes de la primera relación sexual, es decir, en la adolescencia o preadolescencia (“La educación sexual en México”, 2008).

## **VIH/SIDA**

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es el causante del SIDA, y constituye la más reciente enfermedad de transmisión sexual y se ha transformado en un grave problema de enfermedad a nivel mundial, dada la rapidez de su propagación y la fatal evolutividad del cuadro clínico, para el que no existe cura en el momento actual. En el mundo, casi la cuarta parte de las personas con virus tienen menos de 25 años y más de 7 mil jóvenes entre 10 y 24 años se contagian diariamente de VIH (“La educación sexual en México”, 2008).

El mecanismo de transmisión más frecuente es el contacto sexual con personas enfermas por el virus y en grado menor, el uso compartido de agujas y jeringas de inyección, así como las transfusiones de sangre o sus productos contaminados por el virus. La transmisión del VIH de la madre contagiada al feto y neonato, se realiza en el 50% de los casos (PASA, 2001).

Es importante diferenciar los conceptos de persona infectada por VIH y enfermo de SIDA. De las personas que han sido infectadas con VIH, aproximadamente el 30% desarrolla la enfermedad, el SIDA, en un plazo variable de algunos años, presentando el cortejo sintomático y la evolutividad característica. Los restantes son portadores

asintomáticos del germen, intervienen en la cadena epidemiológica y pueden ser detectados a través de las pruebas serológicas (Cerruti, 1992).

En México, la epidemia del SIDA es principalmente por transmisión sexual, toda vez que este tipo de transmisión ha sido la causante de casi 90% de los casos. La epidemia se encuentra fundamentalmente en el grupo de Hombres que tiene sexo con Hombres (HSH) –clasificación que ha impuesto la Secretaría de Salud para hacer referencia a las prácticas homoeróticas-, con poco más de 50% del total de casos acumulados; pero con una tendencia ascendente, en los últimos años, en los casos de tipo heterosexual (PASA, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) estimó que en México ocurren anualmente siete millones de casos nuevos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) curables: tricomonas (3.39 millones de infecciones), clamidia (92 millones), gonorrea (1.36 millones) y sífilis (0.24 millones).

La tasa de cambio de pareja sexual es más elevada durante la adolescencia y comienzos de la veintena. Esto no sólo es cierto en el caso de parejas casuales, sino también tratándose de relaciones que se consideran regulares y monógamas. Aunque sucesivos emparejamientos monógamos pueden ser de corta duración, su carácter “estable”, desde el punto de vista de muchos y muchas adolescentes que viven esas relaciones, aleja subjetivamente el peligro de contraer ETS. Esto hace que tengan relaciones sexuales sin protección con parejas múltiples, lo que significa que el riesgo

acumulado resulta invisible debido a la monogamia aparente y al compromiso mutuo en cada relación individualmente considerada (“La educación sexual en México”, 2008).

Para los adolescentes preservar su salud es sin duda importante, sin embargo este pensamiento no puede ocultar que esta razón siga siendo, para los y las adolescentes y probablemente más que para sus padres, una condición y no una finalidad de la existencia. Insistiendo en ese punto, *Hugues Lagrange* escribe: “sostenemos para los jóvenes una noción de riesgos que mezclan placeres y peligros, asociándolos no a las prácticas tomadas de manera aislada, sino a comportamientos, a conjuntos de actos no aislados” (“La educación sexual en México”, 2008).

Sin duda los temas anteriores son problemas de salud pública que indiscutiblemente requieren de atención y estudio en donde puedan ser posibles cruzar variables como desigualdad, migración y marginación, porque son elementos que transitan todo el tiempo en los problemas de enfermedad de los y las adolescentes. Estos problemas deben ser atendidos a partir de una práctica reflexiva y de crítica en espacios familiares, educativos, sociales y de salud para generar políticas públicas acordes con los contextos en donde se presentan.

## **Embarazo**

En la actualidad los y las adolescentes tienen prácticas sexuales sin protección a muy temprana edad, y aunque en algunos casos se cuente con la información sobre los métodos anticonceptivos no los utilizan como medios de protección, y puede ser que los

lleva a situaciones de embarazos no planeados y/o adquirir infecciones de transmisión sexual.

De acuerdo con datos de el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2006), a nivel mundial cada año muere medio millón de mujeres a consecuencia de complicaciones en el embarazo y más de cien mil fallecen por abortos mal practicados. Si bien, esta dramática situación se da entre mujeres de todas las edades, un grupo específico de riesgo, es la población joven, toda vez que la desinformación que impera en la mayoría de ellas las lleva a embarazarse a temprana edad. Los problemas derivados de no hablar clara y abiertamente sobre el sexo con niñas y niños están a la vista. El embarazo en las adolescentes, especialmente notable en el grupo de 12 a 15 años de edad, constituye una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de adolescentes; debido a la mayor precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de medidas anticonceptivas, los embarazos en las adolescentes han aumentado considerablemente en épocas recientes. Según la Organización de Naciones Unidas (ONU), entre 35 y 52 por ciento de los embarazos adolescentes anuales no son planificados, fenómeno que podría prevenirse en buena medida con educación sexual. En la mayoría de los países en desarrollo, como los de América Latina y el Caribe, entre una cuarta parte y la mitad de las adolescentes son madres antes de cumplir 18 años.

En México se estiman 20 millones de partos al año, de los cuales alrededor de 500 mil corresponden a mujeres de entre 15 y 19 años. De este total 250 terminan en muerte materna y en su mayoría se trata de embarazos no planeados que pueden ocasionar

riesgos en la salud tanto de la madre como del feto. Los abortos se presentan 14 veces más en embarazadas adolescentes que en mayores de 20 años, además de otros riesgos biológicos como anemia, amenaza de parto prematura y afectaciones emocionales como depresión, sensación de soledad y aislamiento (“Trayectoria de México”, 2010).

Con los datos anteriormente mencionados es entendible (más no justificado) por qué en México se presentan 450 mil nacimientos anuales en mujeres menores de 20 años, muchos de éstos no planeados, lo que en ocasiones puede tener una repercusión desfavorable en el desarrollo y vida social, familiar y escolar de la y el adolescente; y no porque ya no tenga vida propia o ninguna otra oportunidad sino por el hecho de que en nuestra sociedad los prejuicios suelen ser recriminadores para aquellos adolescentes que no sigan las “reglas”.

### **Adicciones**

Algunos de los y las adolescentes entrar a la sexualidad, como el acto de fumar tabaco, darse un toque, beber alcohol o incluso consumir éxtasis, no es solamente ir “contra” el modelo familiar, sino que estos actos son a la vez pasos necesarios para la afirmación y de la construcción de una autonomía personal, la manera como construyen esos ritos de pasaje hacia la independencia personal es muy codificada por los pares, no les quita su atracción y el placer asociado a su realización.

Recientes datos de la Secretaría de Salud de México señalan que es precisamente en la etapa de adolescencia cuando la mayoría de las personas se inician en el consumo de drogas o sustancias tóxicas; así lo señala la "Encuesta Nacional sobre Adicciones 2008", que indica que la edad de inicio en las drogas es a los 12 años de edad, mientras que el consumo de alcohol empieza a los 9 años. El estudio señala un preocupante incremento en el número de adictos crónicos en nuestro país, que aumentó en un 50% en los últimos 6 años y que hoy en día asciende a 307 mil personas, en tanto que la cifra de quienes probaron alguna sustancia de este tipo aumentó en un 28% hasta alcanzar los 4 millones y medio de mexicanos. Así mismo, el reporte también indica que la marihuana se mantiene como la droga ilegal de mayor consumo, seguida por la cocaína, en tanto que el uso de metanfetaminas aumentó en un 0.3 % (cuida tu salud, 2010).

Entre los datos más preocupantes que demuestran la vulnerabilidad de los y las adolescentes se encuentra la información sobre la influencia que pueden tener los amigos, pues de acuerdo con la encuesta (2008) el 90% de los adolescentes en esta etapa que probaron las drogas, lo hicieron atraídos por la influencia de uno de ellos.

El abuso del alcohol, el cigarrillo y las drogas no es un fenómeno nuevo, pero ha ido en considerado aumento en los últimos años. Tales abusos están ocurriendo cada vez a edades más tempranas, y los adolescentes lo hacen con más frecuencia que en el pasado.

Otro ejemplo es el efecto nocivo del alcohol sobre los hijos de adolescentes alcohólicas, quienes pueden presentar el “síndrome de la embriopatía alcohólica”, caracterizado por el bajo peso de los niños al nacer, retardo del crecimiento, microcefalia y otros trastornos físicos y mentales (cuida tu salud, 2010).

Con respecto al hábito de fumar tabaco, éste comparte muchas de las características causales y la peligrosidad con el abuso del alcohol y las drogas. Está ampliamente demostrado que el hábito de fumar aumenta sustancialmente el riesgo de contraer bronquitis crónica, enfisema, enfermedades cardíacas y cáncer del pulmón. Por otra parte, en la mujer embarazada este hábito disminuye el peso de sus hijos al nacer, así como la resistencia de estos a las enfermedades (OPS, 2001).

Por lo tanto, las adicciones representan un grave problema de salud pública que repercute de manera considerable en la productividad y economía del país, ya que muchos adolescentes se enfrentan al abandono de su familia, a la deserción escolar y a un rechazo social enfrentando un contexto de discriminación y doble victimización, por lo que las consecuencias son crueles y dolorosas tanto para ellos y sus familias, y que como una de las consecuencias fatales es el olvido y/o la muerte.

Concluyendo, los problemas de enfermedad de los y las adolescentes mencionados anteriormente son parte importante de salud pública que deben ser atendidos buscando mejores resultados con una educación para la salud respecto en la educación sexual dirigida a las necesidades específicas de los y las adolescentes.

## **CAPÍTULO 2**

### **Educación sexual e intervención institucional con adolescentes**

El presente capítulo se habla sobre los conceptos de sexualidad, salud sexual y educación sexual, se presentan algunas experiencias de educación sexual en América Latina específicamente de los países de Chile y Argentina como ejemplos de prácticas de promoción de salud. Asimismo, se abarca brevemente la educación sexual en México. Se menciona panorama general de algunas investigaciones en México; cerrando con los programas del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la vinculación del programa de Atención para la salud de la adolescencia con otros programas de salud reproductiva.

#### **2. 1. Sexualidad**

A lo largo de la historia de la humanidad ha cambiado mucho la concepción de la sexualidad humana. El enfoque ha variado fundamentalmente desde la perspectiva social, de acuerdo con la aceptación o no que cada cultura y cada individuo tiene (o "debe tener", según los cánones socialmente aceptados) hacia su propia sexualidad.

En una sociedad como la nuestra, el orden de la sexualidad no está formado como tal y donde las diferencias sexuales permanecen inmersas en el conjunto de las posiciones que organizan todo el cosmos, los comportamientos y los actos sexuales están sobrecargados de determinaciones sociales. La construcción de la sexualidad como tal, hunde sus raíces en una topología sexual del cuerpo socializado, de sus movimientos y

de sus desplazamientos inmediatamente afectados por una significación social; el movimiento hacia arriba está asociado, por ejemplo, a lo masculino, por la erección, o la posición superior en el acto sexual.

Como seres humanos, y como parte del reino animal, existe una condición biológica predeterminada genéticamente que tiene consecuencias desde el punto de vista físico o, mejor dicho, de características fenotípicas. Con algunas raras excepciones (los andróginos, por ejemplo), las personas nacemos con una distribución de cromosomas que implican que nuestro cuerpo físico tenga ciertas características, biológicamente asociadas a la combinación cromosómica que viene dada. Esta predeterminación, sin embargo, no implica la definición del comportamiento sexual, fundamentalmente en la relación con los otros miembros de la especie. En esta relación comienzan a integrarse, justamente por la complejidad de la naturaleza humana, elementos propios de la emocionalidad, de las relaciones intra e intersíquicas (consigo mismo y con los otros), y factores cognitivos que en términos generales provienen del proceso de socialización y aculturación.

Desde el punto de vista de Álvarez-Gayou (1999) que ha estudiado las características biológicas de sujetos de sexo femenino y masculino, para determinar si existen diferencias adicionales a las específicamente reproductivas que pre-definan disparidades en el comportamiento, o de potencial de desarrollo en distintas áreas y sólo se han encontrado algunas variaciones en ciertas características del cerebro que no suponen mayores consecuencias; por ejemplo, el hecho de que "los hombres tienen

una tendencia a focalizar, mientras que las mujeres tienden naturalmente a una visión más englobadora y generalizada de las cosas que les rodean”.

Pero vayamos por partes, el cuerpo humano está anatómica y fisiológicamente conformado de cierta manera que hace que una persona, de acuerdo con algunas de sus características físicas pueda ser descrita como de sexo masculino o femenino. Los órganos sexuales y la cantidad de hormonas presentes en el organismo determinan el fenotipo. Y cada uno de estos cuerpos tiene una respuesta fisiológica ante ciertos estímulos entonces (simultáneamente) interviene el factor psicológico. La presencia de emociones, sentimientos, las variables psíquicas, las creencias sobre el sí mismo condicionan el surgimiento de las reacciones fisiológicas y de distintos comportamientos y adopción de roles. Las conductas son diferentes en cada persona dependiendo de las diferencias que existen entre las respuestas (en intensidad, duración y otros factores) de distintos individuos, que dependen de sus propias características Masters & Johnson (1967).

De acuerdo a Pierre Bourdieu, (1987) la división de las cosas y de las actividades (sexuales o no) en relación a la oposición entre lo masculino y lo femenino recibe su necesidad objetiva y subjetiva de su inserción en un sistema de oposiciones homólogas, alto/bajo, arriba/abajo, delante/detrás, derecha/izquierda, recto/curvo (oblicuo) (y pérfido), seco/húmedo, duro/blando, sazonado/soso, claro/oscurito, fuera (público)/dentro (privado), etcétera, que para algunos, corresponden a unos movimientos del cuerpo (alto/bajo// subir/bajar, fuera/dentro // salir/entrar). Al ser parecida en la diferencia, estas oposiciones suelen ser lo suficientemente concordantes

para apoyarse mutuamente en y a través del juego inagotable de las transferencias prácticas y de las metáforas, y suficientemente divergentes para conferir a cada una de ellas una especie de densidad semántica originada por la sobredeterminación de afinidades, connotaciones y correspondencias.

El sistema mítico ritual desempeña aquí un papel equivalente al que incumbe al orden jurídico en las sociedades diferenciadas, en la medida en que los principios de visión y de división que proponen están objetivamente ajustados a las divisiones preexistentes, consagra el orden establecido, llevándolo a la existencia conocida y reconocida, oficial.

Para comprender los conceptos como sexualidad, educación de la sexualidad y salud sexual tenemos que remontarnos a la historia de aquella, aspecto que nos permite entenderla en un sentido amplio y desde un paradigma diferente al enfoque biologicista. La historia de la Sexualidad Humana fue escrita por el filósofo e historiador Michel Foucault (1980), el cual evidencia las conexiones entre el capitalismo y la sexualidad, y analiza cómo se manipula el conocimiento y las experiencias íntimas de grandes masas de gente para finalmente reprimir la expresión y el deseo sexual. Similarmente -en un tratado más comprensible sobre la historia de la sexualidad estadounidense- D'Emilio y *Freedman* (1988) argumentan durante tres siglos y medio el significado y lugar de la sexualidad ha cambiado, en el sistema colonial la familia tenía exclusivamente funciones reproductivas; en el siglo XIX una sexualidad confinada al casamiento; la comercialización de la sexualidad en el período moderno, las relaciones sexuales buscan proveer una identidad personal y felicidad individual aparte de la reproducción.

Foucault (1976), somete la sexualidad a estudio, analiza aquellos procesos que han hecho que la sexualidad fuese negada, reprimida, enmudecida, castrada, y las razones que la llevaron a aparecer como algo de lo que no hay que hablar, suscitando un protagonismo crucial en el ser humano. La siguiente es una sinopsis de la obra citada que refleja la idea del sexo reprimido no es sólo cuestión de teoría. La afirmación de que la sexualidad nunca fue sometida con tanto rigor como en la época de la burguesía “hipócrita”, va acompañada del énfasis en un discurso destinado a decir la verdad sobre el sexo.

Mirando hacia atrás en el tiempo vemos cómo el sexo está impregnado de sentimiento de pecado y consecuentemente de culpa. Está claramente destinado a la prohibición, a la inexistencia y el simple hecho de hablar de ello era visto como una acción de talante transgresor, lo que sería un anticipo, según la historia, de la libertad que se alcanzaría en lo sexual.

Foucault (1976), sitúa la génesis de toda esta realidad histórica y antropológica en una combinación crucial estructurada entre el poder y el saber. Lanza su teoría desde tres interrogantes que confluyen en lo que denomina la “hipótesis represiva” (agrupando en esta hipótesis todos aquellos elementos negativos -prohibiciones, censuras, rechazos- que han llevado al ser humano a decir “no” a la expresión de la sexualidad). Su obra intenta dar respuesta a estas tres dudas:

¿La represión del sexo es en verdad una evidencia histórica?

La mecánica del poder, ¿pertenece en lo esencial al orden de la represión?

¿Hay una ruptura histórica entre la edad de la represión y el análisis crítico de la represión?

Foucault hace un recorrido de los últimos tres siglos que comienza en la burguesía y llega hasta el proletariado.

En la Edad Media y también en el siglo XVII se creía que era indispensable para que la confesión fuese completa que se citaran los detalles y pormenores de los pecados sexuales, como la posición de los amantes, actitudes gestos, caricias, a esto se le une la discreción y reserva de todo lo que tenía que ver con la pureza y los pecados que atentaban contra ella. La carne es la raíz de todos los pecados. El deseo es un mal que afecta a la totalidad de la persona. De este pensamiento se deriva el énfasis que se hace en nuestra teología del examen de conciencia que debe hacerse diligentemente, examinando alma, mente, voluntad, sentidos, pensamientos, palabras y acciones.

Surgieron en el siglo XVII censuras en cuanto a ciertas expresiones y palabras del lenguaje que se consideraban moralmente incorrectas. También apareció literatura “escandalosa”. A toda esta censura y represión la llama “puritanismo victoriano”.

En el siglo XVIII aparece una cierta incitación a hablar de sexo desde un interés político, económico y técnico. Aparece como problema económico y político la “población” y en el centro de éste, el sexo. Se debe analizar la tasa de natalidad, la edad del matrimonio,

los nacimientos legítimos e ilegítimos, la precocidad y la frecuencia de las relaciones sexuales, la forma de que sean fecundas o estériles, la incidencia de los métodos anticonceptivos, el efecto de las prohibiciones, etcétera.

También en el campo de la medicina y la psiquiatría comienza a interesarse por las enfermedades de "insatisfacción" sexual, el onanismo, los "fraudes de la procreación", y todo el conjunto de "perversiones sexuales", en las que también surgió una preocupación en la justicia penal abriendo jurisdicción sobre los crímenes contra natura, contagiando una concepción del sexo desde una conciencia de peligro que incitó a reabrir los discursos sobre el tema. Se interroga la sexualidad de los locos, de los niños, de los criminales, de aquellos que no encuentra el placer amando al otro sexo, los que padecen sueños eróticos, las obsesiones y manías.

Define a la sociedad del siglo XX como perversa no tanto como respuesta al extremismo del puritanismo o como contrapartida de la hipocresía, sino que la identifica como perversa directa y realmente.

A pesar que nuestra sociedad occidental no ha podido innovar en el campo de los placeres sexuales, ni descubrir vicios que no existiesen ya sin embargo según Foucault, ha definido nuevas reglas para el juego de los poderes y los placeres, "allí se dibujó el rostro fijo de las perversiones".

El dominio se realiza mediante estrategias que tiene su base en la "familia", la sexualización del niño, hostilización de la mujer, especificación de los perversos y la

regulación de la población, del proletariado. Se unen así el poder legislador y el sujeto obediente. Este poder dirá que está en todas partes, no es una institución concreta sino una compleja estructura estratégica inmersa en la realidad social.

De lo anterior sería importante retomar el análisis y razonamiento de Foucault para realmente considerar la sexualidad y el sexo al mismo tiempo como una forma de acceso a la vida del cuerpo y de la especie, y ejercer una política de derecho sobre la muerte y poder sobre la vida.

Hablar de un cuerpo creciente en la literatura sugiere plantear los cambios mencionados en la sexualidad que tienen que explicarse a partir de cambios más grandes en la estructura social, especialmente en la economía, política y familia, por ejemplo, el texto de *Birken* (1987), establece de manera adecuada la conexión entre sexualidad y estructura social, el autor postula tres preguntas básicas; ¿cuándo y por qué surgió la sexualidad?, ¿cuál es el contenido y estructura de ciencia sexual?, ¿Qué significa para nuestra civilización su existencia? El autor hace un esfuerzo por dar respuesta a estas interrogantes no sólo de forma cronológica sino en un intento por concatenar los modos de producción con la estructura social y la ciencia del sexo. Sin embargo, busca el camino desde la economía a fin de comprender la larga historia de dicha estructura.

Para contestar la primera pregunta, *Birken* aprovecha los trabajos de otros, especialmente de escritos del estadounidense *David Riesman* y del escritor francés *Jean Baudillard*, para distinguir tres periodos de la cultura occidental, feudal,

productivista y fase comunista, así el autor analiza el periodo formativo de la ciencia sexual desde 1871, cuando *Charles Darwin* elaboró su teoría sobre ascendencia genérica de la humanidad, en 1914, estos datos tratan de artefactos culturales que representan una ideología y mitología más que evoluciones científicas precisas que analicen los procesos sociales que se encuentran explícitos en el deseo sexual y el consumo.

Desde *Birken* (1987) la visión de la sexología se encontraba en un periodo de transición, el contenido y estructura de la ciencia sexual refleja dos perspectivas diferentes, una asociada con las ideas productivistas del pasado y otra vinculada con la emergente ideología consumista. *Birken* argumenta que este cambio en la ideología dominante está en un marco de economía clásica y neoclásica, emergiendo a finales del siglo XIX y principios del XX. El paradigma sexológico obedecía a un paradigma imperante en la economía política, el contenido de la sexología era contradictorio, inmiscuía elementos del pasado y presente. La sexología fluctuó entre el atavismo y las teorías de disolución en donde se estigmatizaba las variaciones sexuales, con una teoría que enfatizó la diferenciación desde una igualdad común, intentó construir una ideología sexual diferenciada como un sustituto para la continuación de una ideología más vieja de diferenciación sexual.

*Birken* (1987), hace notar también la importancia del género en las construcciones teóricas, reconoce la importancia de una sexología de emergencia que pueda abolir las tendencias de género, hacer conexiones para explicar la sexualidad con aspectos estructurales. *Birken* considera necesario hacer un recorrido histórico de la sexualidad a

fin de explicar cómo el sexo ha venido a ocupar un lugar apocalíptico en la cultura occidental. Reconocer la genealogía desde qué cultura vemos la sexualización de niños, de mujeres, de “pervertidos” aparece como el último paso en un proceso de democratización que comenzó amanecer en la cultura occidental y que ha sido extendido grado por grado.

## **2. 2. Salud sexual**

Con lo que se refiere a la salud sexual, o por lo menos como debería contemplarse institucionalmente, si algo nos define a los seres humanos respecto de la sexualidad, es la capacidad de sentir placer, sobre las reglas naturales de reproducción y preservación de la especie. Como seres racionales e individuales, podemos encontrar ese placer en una gran diversidad de actividades: la vida sin variación sería monótona y aburrida sobre toda la sexual; razón por la cual, hay quienes buscan cambiar de escenarios o incluir juguetes sexuales, disfraces o posiciones diferentes como parte de sus prácticas sexuales.

Sin embargo y a pesar de todo ¿cómo entender entonces la salud sexual?, Álvarez-Gayou (2010) señala que habrá siempre quien catalogue como “perverso” a todo aquel que mantenga un comportamiento o fantasías alejadas de lo que algunos llaman normalidad, ¡Qué gran error! ¡Todos somos perversos!... la sexualidad es algo muy variado, divertido con muchas facetas qué descubrir y experimentar. Todo ser humano tiene algo de perverso, aunque es en el área sexual donde se procura ocultarlo, en definitiva hay que reconocerle, ya que sin duda nos llevará a lograr una plenitud sexual

y personal. La salud no radica en negar estas expresiones, sino en reconocerlas en el entorno y vida, y entre más sea consciente de que están ahí, el concepto de salud sexual se refuerza.

Ahora bien, estudiar la sexualidad implica analizar, como ya se mencionó, tanto en el contexto económico, político, social y cultural en un concepto amplio y real. Analizar y reflexionar sobre los y las adolescentes y su sexualidad garantizando sus derechos humanos y sexuales, de ahí la importancia de ver a la salud sexual como un poder individual y colectivo de ejercer con libertad y plenitud su sexualidad y el sentir placer, dejando atrás el sentimiento de culpa.

### **2. 3. Educación sexual**

Formular un concepto de Educación Sexual no es algo sencillo, se debe valorar una serie de aspectos que se consideran ineludibles al momento de intentar una definición.

La educación sexual es el proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman informal y formalmente conocimientos, actitudes y valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones, que incluyen desde los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales de los mismos Archivos hispanoamericanos, (1998).

La educación sexual propiamente dicha, es orientar, guiar, ejercer influencia para que el individuo cumpla con los fines para los que está destinado, desarrollando al máximo sus potencialidades. Es formativa, está vinculada a la moral y comprende la educación “no

verbal”, la del ejemplo, de la conducta. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1990) señala que:

Es fundamental la adopción de una actitud y una conducta adecuada frente al sexo, despojada de sentimientos de culpabilidad consciente o inconsciente.

Cerruti (1992), comenta que la educación sexual es parte de la educación y de la educación para la salud en general. Adquiere distintas modalidades según las edades y cobra especiales características y marcada importancia en la adolescencia. Por lo tanto, se entiende como: el proceso educativo vinculado estrechamente a la formación integral de niños y adolescentes, que les aporte elementos de esclarecimiento y reflexión para:

- Favorecer el desarrollo de actitudes positivas hacia la sexualidad, entendida como elemento inherente al ser humano, fuente de placer y bienestar, que contribuye a la formación y enriquecimiento de la personalidad.
- Poder reconocerse, identificarse y aceptarse como ser sexual y sexuado, sin temores, angustias ni sentimientos de culpa, sí feliz, consciente y responsable.
- Favorecer las relaciones interpersonales, el encuentro con el otro sexo propiciando condiciones de respeto e igualdad, superando todo criterio de discriminación de género.

- Favorecer la capacidad de amar destacando el valor del componente afectivo para el ser humano.

Sin embargo, en la actualidad la educación de niños, niñas y adolescentes sobre la salud sexual es una de las cuestiones más debatidas y de mayor carga emocional. Las diferencias de opinión son muchas y muy grandes cuando se trata el tema hasta qué punto debe ser explícito el material utilizado, con qué frecuencia debe impartirse en la escuela y a qué edad debe iniciarse dicha educación. Incluso se cuestiona si ¿es necesario abordar la educación en niños y adolescentes en materia de sexo y salud sexual?

Algunos padres y maestros dudan en dar educación sexual a los y las adolescentes, lo que puede generar que adolescentes consigan información a través de otros medios que muchas veces es de manera equivocada. Ellos son bombardeados con mensajes sexuales en todo momento, en revistas, periódicos, películas, televisión, internet, etcétera. Esto puede interferir con su capacidad de ejercer su sexualidad con información precisa y veraz para resolver sus necesidades, dudas y deseos de tal manera que fortalezcan sus decisiones con respecto a su cuerpo.

La educación sexual no es solo proporcionar información de manera oportuna, sino que es la transmisión de valores, actitudes y normas a través de una comunicación y estrategias significativas.

Algunos padres y maestros consideran que “demasiada” información estimula la curiosidad y la experimentación sexual. En realidad ocurre lo contrario. La curiosidad es natural y no necesita estimulación. Se ha encontrado que los adolescentes para quienes la educación sexual es un tabú, son más propensos a tomar decisiones racionales y el juicio justo en materia de sexo. Los padres tienen más conceptos que la educación sexual, la información sobre relaciones sexuales, o hablar de sexualidad significa dar permiso para tener relaciones sexuales. Ninguno de ellos es cierto. Darles a los niños y a los adolescentes una perspectiva realista sobre sexualidad es tan importante como darles comida, refugio y cuidado amoroso. ([www.healthlibrary.com](http://www.healthlibrary.com)., consultada 07 enero 2010).

Lo anterior se resume en que la educación sexual consciente, reflexiva, formal e integral es fundamental para todas las personas de cualquier edad y sexo vista desde la promoción de la salud, particularmente en los niños y adolescentes, ya que de ella depende gran parte de su personalidad, del autoconocimiento, ejercicio de sus capacidades humanas, aceptación de su cuerpo considerando que lo importante es que los y las adolescentes ejerzan una libre y plena sexualidad de manera que sea una base sólida durante y para toda su vida.

#### **2. 4. Algunas experiencias de educación sexual en América Latina**

En este apartado se presentan algunos estudios y trabajos realizados en algunos países de América Latina los que me parecen pertinentes mencionar por como abordan el tema de educación sexual en los adolescentes y que son ejemplos de educación

para la salud ejecutada por actores sociales y de salud interesados en y para los y las adolescentes con diferentes propuestas.

En América Latina se muestra interés por tener una mejor relación para atender las necesidades de los jóvenes, haciendo énfasis en los contenidos que respecta a los Programas de Salud específicamente para el Adolescente, como ejemplo menciono el surgimiento de una nueva especialidad en Chile, derivada de la pediatría, y que se dedica a adolescentes entre 10 y 19 años. Los médicos especialistas en adolescentes o adolescentólogo están preparados para escucharlos y orientarlos. Trata a los pacientes en forma integral, y hace un diagnóstico tanto físico como psicológico. Este último aspecto representa un alto porcentaje en las consultas de adolescentes: conflictos normativos en la relación con sus padres, problemas en la familia, con los compañeros, trastornos adaptativos, cuadros depresivos o ansiosos, trastornos de la conducta alimentaria y consumo de drogas ([www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)., consultada 25 marzo 2010).

Otro ejemplo es el de Argentina, éste se rige desde 2002 el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable ([www.unfpa.org](http://www.unfpa.org).arg, consultada 21 julio 2008). La norma prevé, entre otros puntos, el acceso universal y gratuito a métodos anticonceptivos en hospitales públicos y el derecho de los adolescentes de más de 14 años a asistir a esos servicios sin la compañía de un adulto. También delega al Ministerio de Educación el desarrollo y puesta en marcha de planes de educación sexual.

Sin embargo, considero que los dos casos mencionados anteriormente, el primero del programa de salud y el segundo sobre los derechos de salud que tienen los y las

adolescentes, que si bien son parte de la base de una adecuada educación sexual, considero que el contenido así como sus objetivos que si bien son ejecutados desde lo médico-conductual, considero que debe ser complementado también desde un punto de vista sensibilizado y reflexivo con cabida para el grupo específico en el cual se refleje el interés y la importancia de comprenderlos desde sus propias necesidades de su cuerpo y sexualidad.

En las diferentes experiencias en Centro América, resalta un estudio que se realizó a 186 padres de familia de diferentes regiones de Colombia y Ecuador en los Talleres de Educación Sexual. Se presenta este análisis para ejemplificar la visión que tienen los padres y madres de información y sensibilización respecto de su salud sexual. Dicho análisis presentado por el Centro de Asesoría y Consultoría (CAC), en Barranquilla Colombia sobre la educación sexual familiar (2000), refleja el nivel de explicación ofrecida por madres y/o padres a hijas (os) en cuanto al tema de la sexualidad.

Dicho estudio se realizó haciendo las siguientes preguntas a los padres:

¿Qué es el placer sexual?

¿Cómo evitar un embarazo?

¿Cómo se usan los métodos anticonceptivos?

¿Cómo se usa el condón?

¿Sabes cuál es el funcionamiento de la respuesta sexual?

¿Sabes cómo tratar sexualmente a tu pareja?

¿Cómo es el placer en las relaciones sexuales?

¿Conoces la función de los órganos sexuales?

En el estudio mencionado se concluyó que los prejuicios de la sexualidad y de las relaciones sexuales antes o fuera del matrimonio sigue siendo un problema de salud importante en los países de América Latina, por lo que habría que reformular políticas de salud, programas de salud y prácticas de promoción y educación sexual enfocada tanto a los adolescentes como a los padres y adultos en general que vayan más allá de promover la anticoncepción (no porque no sea importante) y darle significado de su uso y utilidad e importancia de fomentar su salud sexual de los y las adolescentes, independiente de su preferencia o tipo de prácticas sexuales y si la realizan dentro o fuera del matrimonio.

Como podemos darnos cuenta, en los países mencionados existe un gran interés en la salud y educación sexual de los adolescentes, va encaminado a informar y orientar sobre su cuerpo, órganos sexuales y las opciones anticonceptivas que existen, dicha información tendría que ser considerada, no solo en los mencionados también en México teniendo presente un punto de vista sensibilizado y reflexivo en el que se refleje verdaderamente el interés y la importancia que tienen los y las adolescentes para que sean escuchados y comprendidos, respetando sus propias necesidades e intereses e incidiendo en sus capacidades humanas y las ejerzan tomando sus propias decisiones sobre su cuerpo y sexualidad.

Otro ejemplo de educación sexual es el que se realiza en Paraguay llamado Aprendiendo sobre el VIH con "1x100", que si bien el tema principal es el VIH éste está implícito en el tema de la sexualidad y de cómo ejercerla con responsabilidad. Me pareció importante plasmar este caso en el presente trabajo ya que haciendo la

búsqueda en fuentes documentales me encontré con “Historia de Vida de Gabo” en Paraguay ([www.unfpa.org.py](http://www.unfpa.org.py), consultada 21 marzo 2010) y que en mi opinión representa un excelente trabajo de promoción y educación para la salud sexual y reproductiva en adolescentes.

Ricardo Gabriel (Gabo) es un adolescente paraguayo de 17 años viviendo en el lado paraguayo de la Triple Frontera entre Argentina, Brasil y Paraguay (Ciudad del Este). Desde hace un poco más de un año, Gabo es uno de los referentes más destacados de su comunidad para orientar a otros adolescentes sobre aspectos de prevención del VIH.

Gabriel hace sus actividades normales aprovechando todos los espacios posibles para dar información sobre el VIH, la no discriminación por género, por situación serológica u orientación sexual. Gabo es uno de los 50 adolescentes que hace un poco más de un año recibió una capacitación en su comunidad para ser Agente de Prevención del VIH ([www.unfpa.org.py](http://www.unfpa.org.py), 21 marzo 2010). Con el proyecto 1x100 aprendió sobre el VIH, se capacitó en dinámicas grupales de animación comunitaria y en las técnicas de la comunicación entre pares. “Gracias a 1x100 hoy me siento más importante, más seguro, más útil. Tengo la oportunidad de conocer a muchas personas y de poder ayudar, eso me entusiasma y me hace sentir muy feliz. Creo que los demás adolescentes que están en el proyecto pueden decir lo mismo” (Gabo, 2010), como parte de su experiencia de vida.

Actualmente Gabo y su grupo crearon la Red Nacional de Adolescentes Voluntarios en Prevención que está distribuido en cuatro departamentos (regiones) del Paraguay (Alto

Paraná, Concepción, Misiones y Paraguari). Fue invitado a participar de los talleres sobre construcción de Políticas Públicas para la Educación Sexual y la Prevención del VIH en ambientes escolares; un proyecto conjunto entre ONUSIDA, UNICEF, UNFPA, el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Secretaría de la Niñez y la Red de ONG de Paraguay. Plan Internacional de Paraguay seleccionó a Gabo para participar del Foro Mundial de VIH/SIDA en México para contar la experiencia del proyecto 1x100 y la Coalición AMO LA VIDA ([www.unfpa.org.py](http://www.unfpa.org.py), consultada 21 marzo 2010).

Lo anterior representa el esfuerzo de un país interesado por la salud y sexualidad de su adolescencia y juventud, se compromete en conjunto con la comunidad manteniéndose en lucha y trabajo constante para mejorar y mantener a su sociedad informada y por ende lejos de contraer la enfermedad del VIH/SIDA y otras de transmisión sexual; lo que es fundamental para mantener a su población (sobre todo vulnerable) saludable con lo que respecta a su sexualidad, y lo que ello conlleva, cómo es el evitar que sus adolescentes tengan embarazos a temprana edad y/o no deseados, el de no presentar una ITS y/o el VIH/SIDA ([www.unfpa.org.py](http://www.unfpa.org.py), consultada 21 marzo 2010).

Dichas acciones de educación, promoción y prevención de salud obviamente fortalece a un país en su contexto económico, social, cultura y de salud que ofrece a los y las adolescentes una postura y visión de su sexualidad diferente.

Es cierto que, no especifica cómo y cuáles son sus métodos y prácticas de salud, sin embargo, me parece una postura abierta y compartida entre iguales, de adolescentes a

adolescentes, lo que la hace más interesante y significativa para los mencionados en cuestión.

## **2. 5. Educación sexual en México y algunas investigaciones**

La educación sexual en algunos casos de la sociedad mexicana todavía se concibe tradicionalista, es decir, está muy arraigada desde el punto de vista moral-religioso que se maneja en el núcleo familiar, está prohibido hablar del tema entre padres e hijos y si ellos lo llegan a mencionar, de manera inmediata son recriminados y hasta son acreedores a castigos por estar pensando en "cosas malas". La situación se agrava cuando las contestaciones son con tabúes ya desgastados y sólo les genera más confusión a los y las adolescentes, por lo que no existe comunicación efectiva y los adolescentes se ven con la puerta familiar cerrada, y luego entonces, buscan otras formas o fuentes para indagar sobre el tema que muchas veces no son confiables.

La educación institucionalizada para niños y adolescentes sobre salud sexual ha tenido una historia larga y con muchos altibajos, una historia de grandes diferencias a tenor del cambio de gobiernos y de los vaivenes de la opinión pública. Esos cambios han quedado reflejados en el contenido y en las ideologías que estructuran los planes de estudios sobre salud sexual y la controversia pública que a menudo provocan.

Sin embargo, en la actualidad se habla de otras prácticas informales y preferencias sexuales con mayor libertad y que se ha ido ganando terreno en el ámbito laboral, de

política pública y de salud a nivel estatal y federal esto ha llevado a una mayor apertura y aceptación de hombres y mujeres sin temor a ser recriminados por la sociedad.

Indagando sobre la trayectoria de México en materia de educación sexual se encontraron los siguientes datos en un artículo publicado en Letra S (“Trayectoria de México”, 2010). Los pronunciamientos de agrupaciones de ultraderecha como Pro Vida o la Unión Nacional de Padres de Familia no son nada frente a la oposición que generó el primer intento por impartir educación sexual en las escuelas durante la gestión de Narciso Bassols como secretario de Educación Pública. En 1932, la SEP planteó la necesidad de una reforma de la educación básica. La comisión técnica consultiva, recomendó que se impartiera educación sexual desde el tercer año de primaria que tendiera a aplicar las “leyes biológicas que contribuyen al perfeccionamiento de la especie humana” e incluyera en sus programas educativos “las clases de higiene y moral sexuales como obligatorias en las escuelas oficiales y particulares”. En un mismo contexto histórico la medida, incluida en la gran reforma a la educación de 1934 conocida como la educación socialista, fue fuertemente atacada por sectores de derecha y por la Iglesia Católica. Dentro de la ola de repudio conservador y líderes de grupos de padres de familia, se oponían con los siguientes razonamientos: “La educación sexual, cualesquiera que sean los beneficios que reporte, no compensará la pérdida de pudor que trae consigo”; “los asuntos sexuales dichos al oído no importa qué persona y cualquiera que sea la forma, causan menos daño que el que causarán expuestos en forma científica por los maestros”; “es tan corto el número de lesionados o degenerados por falta de educación sexual que no amerita aceptar los incalculables riesgos de ésta”.

Su conclusión era que sólo la Iglesia debía proveer cualquier tipo de guía sexual: "La educación sexual no debe ser colectiva, para que los educandos no se pierdan entre sí el mutuo respeto que se deben. En consecuencia la educación sexual debe ser individual y no debe ser impartida por los maestros, dada su ignorancia y falta de preparación; tarea tan delicada sólo puede ser encomendada al confesor". En lugares con fuerte presencia eclesial, como la región del Bajío, aún inflamada por el recuerdo de la guerra cristera, se presentaron movilizaciones populares que forzaron al gobierno a disminuir paulatinamente el ímpetu en la aplicación de la educación que buscaba "combatir el fanatismo y los prejuicios", según el Artículo Tercero Constitucional. En 1946, completamente abandonada la operación de la reforma educativa, se reformó la Constitución para eliminar la frase de la discordia, "la educación será socialista", y de paso modificar toda la política educativa. La educación sexual y los afanes desfanatizantes fueron sacrificados ("La sexualidad y la iglesia", 2007).

Analizando la reseña anterior se puede concluir que a través del tiempo la historia de la educación sexual ha tenido obstáculos importantes que superar. A pesar de los años, en la actualidad, no se ha podido llegar a acciones favorables para la sociedad y en especial para los y las adolescentes. Autoridades del Gobierno Federal y estatales así como la Secretaría de Educación Pública (SEP) no se ponen de acuerdo con respecto a un adecuado abordaje en educación sexual; no hay continuidad en cuanto a objetivos, amplitud y contenido en los planes de estudio, y esto se ve reflejado en los diversos nombres dados en su momento a programas de dicho tema, por ejemplo: Educación para la vida familiar, Salud sexual, Desarrollo personal, Aclaración de valores, Limitate a decir no, Respeto al sexo y Salud sexual humana.

En el espacio escolar hay una pobre “educación sexual”, en los libros de texto hay una breve representación esquemática de los órganos sexuales femenino y masculino con las partes que los constituyen así como las funciones de cada uno, sin embargo, los profesores sienten temor y no quieren abordar el tema cuando llega el momento. No se revisa más allá de las funciones orgánicas y lo que representa saber y conocer sobre su cuerpo. Sin embargo, sus derechos sexuales y reproductivos, su erotismo, sensualidad, placer, etcétera, quedan invisibilizados y fuera de toda posibilidad de expresarlos en los discursos.

Actualmente se ha generado una polémica en el país referente a la “educación sexual” que se pretende otorgar principalmente a los estudiantes de nivel secundaria, enfrentando una serie de contradicciones entre los actores principales del Gobierno Federal y Estatales, los de la Secretaría de Educación Pública (SEP) y grupos civiles en contra. La crónica es la siguiente: existen dos libros; uno es Sexualidad y Salud Humana, este libro no se considera de texto y del cual fueron distribuidos en agosto de 2008 en el país con dos millones 300 mil ejemplares, elaborado por la organización de ultra derecha Red Familiar, se considera “material de apoyo” y fue entregado a los adolescentes de 1er grado de las secundarias y telesecundarias, que ideologiza los lineamientos estipulados en el programa de estudios Ciencia 1, definido por la Secretaría de Educación Pública.

La contraparte a la distribución del libro señalado fue el libro “Tu Futuro en Libertad”, y aunque la visión y misión es en materia de salud por parte del Gobierno del Distrito Federal mostrando una postura sí política en el sentido de abarcar a los y las

adolescentes potencialmente vistos como futuros ciudadanos votantes y a decir verdad con sus reservas, pero también desde el punto de vista cultural, moral y religiosa lo que se refleja en el esfuerzo e interés por los adolescentes es mediante una comunicación abierta y clara; por lo que los grupos conservadores sí protestaron contra Tu Futuro en Libertad que fue editado por el Gobierno del Distrito Federal y elaborado por expertos en salud sexual y reproductiva, como Gabriela Rodríguez, directora de la Organización Civil Afluentes, María Consuelo Mejía, de Católicas por el Derecho a Decidir, y José Ángel Aguilar, Coordinador general de Democracia y Sexualidad (Demysex).

La primera edición tuvo un tiraje de 576 mil ejemplares y se piensa entregar a adolescentes que cursan preparatoria, bachillerato e incluso licenciatura. El mismo Gobierno local ha solicitado a secundarias su distribución debido a que muchos abandonan sus estudios saliendo de la secundaria por falta de ingresos económicos en general y en el caso de las mujeres adolescentes por embarazos, por lo que la intención es abordar al mayor número de jóvenes de la Ciudad para que conozcan el libro, esto último comentado por Gabriela Rodríguez (“La educación sexual en México”, 2008).

Sin embargo, la SEP se negó a que el libro se entregara en las secundarias del Distrito Federal, Antonio Ávila Díaz Director de Operación del Servicio Educativo en el D. F., dió la indicación a todos los profesores de no usar el libro del Gobierno del Distrito Federal y quien lo haga se hará acreedor a una sanción administrativa, ya que dicho libro no cuenta con la autorización de la SEP. Axel Didriksson Secretario de Educación del Distrito Federal, explico sobre el tema: “que nunca se pretendió hacerlo un libro de texto

oficial, sino integrarlo a los programas de estudio como un libro complementario fundamental para cubrir una deficiencia absoluta en el manejo de los temas de sexualidad que ocurren en el currículo formal de la educación en el Distrito Federal” (“La educación sexual en México”, 2008).

Desgraciadamente, si bien algunos programas educativos son innovadores y encuentran una buena recepción, sus efectos siguen sin medirse. Las instancias normativas preocupadas por la reacción de la opinión pública, carecen de datos de evaluación que respalden sus políticas, como es caso de “Tu Futuro en Libertad”. Y sin seguimiento, el mucho o poco avance que pueda darse queda trunco y con ello todas las expectativas de los interesados y peor aún, en un segundo plano (por no decir que en un olvido permanente) las necesidades y deseos de los y las adolescentes.

En México todavía se observa un pensamiento machista, paternalista, manipulador y retrograda en materia de sexualidad en el “sector salud” y respaldado o confirmado en las grandes instituciones “familia y escuela” lo que en gran parte no ha permitido un avance social, económico, cultural y de salud en la sociedad y principalmente en la población infantil y adolescente quienes además de sufrir de falta de espacios educativos, recreativos, de salud, de información abierta y sencilla (sin tabúes) se ven inmersos en un laberinto de dudas, necesidades y deseos de una postura crítica y reflexiva que les permitan ser escuchados y respetados en el ejercicio de libertad de sus derechos educativos, sexuales y reproductivos.

Debido al acelerado aumento de población en México con 112 millones 322 mil 757 habitantes (INEGI, 2010) con un considerable número de jóvenes y ante las circunstancias de vida que llevan en la actualidad, se ha generado un interés en el tema a los investigadores a formularse nuevos problemas y nuevas estrategias que lleven a explicar y comprender a los y las adolescentes en su contexto, así como su cambio social y la relación con los sujetos sociales. En 1995 se formó un Grupo de Trabajo sobre Sexualidad y Salud Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes que se reunió bimensualmente durante 2 años y medio, de 1995 al segundo semestre de 1998. Éste fue convocado y apoyado por el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, y funcionó bajo la coordinación de Claudio Stern con la ayuda de Elizabeth García (Stern, 2001).

Dicho grupo se conformó por diferentes participantes con alguna experiencia sobre el tema y muchos de ellos habían realizado o estaban realizando algunas investigaciones relacionadas con éste; por lo que había una retroalimentación de cada uno desde su campo de investigación, ya sea desde la acción en organismos no gubernamentales o de servicios en instituciones estatales.

La idea de la publicación colectiva surge como una necesidad de documentar el tipo de investigaciones y las aproximaciones novedosas y críticas que caracterizaron a este Grupo de Trabajo frente a la problemática de la sexualidad y salud reproductiva de la gente joven (Stern, 2001).

De acuerdo con los contenidos y problemáticas abordados en sus textos que conforman su publicación, han sido agrupados en dos grandes apartados:

- Construcción social de la sexualidad adolescente, y
- Programas de educación y prevención.

El primer punto hace referencia a la construcción social de la sexualidad de los y las adolescentes, tomando en cuenta los aspectos culturales, psicológicos, biológicos que la conforman, ya sea el género, los riesgos de la práctica sexual, el embarazo, las creencias y los mitos.

El primer trabajo de Yuriria Rodríguez (consultado en Stern, 2001), “Bases epistemológicas para una aproximación teórica y metodológica a las representaciones sociales de la sexualidad en adolescentes desde la perspectiva de género”, ofrece una perspectiva teórica de los paradigmas epistemológicos que sustentan las investigaciones en el campo de la sexualidad de los adolescentes y señala la necesidad de realizar estudios acerca de la sexualidad en la adolescencia desde aproximaciones metodológicas cualitativas.

En el artículo titulado “Factores psicológicos relacionados con el embarazo en la adolescencia”, escrito por Berenice Ibáñez hace un análisis basándose en algunas referencias para plantear que el inicio de la vida sexual activa implica que en el inconsciente se ha adquirido el estatus de adulto, por lo que el adolescente se inicia sexualmente para poder considerarse adulto, pero también plantea que esto puede ser

una forma de agresión a los adultos, cuando existen conflictos familiares, por falta de afecto o por presión social.

Otro título "El círculo de lo sagrado y lo profano: regulación de la sexualidad en adolescentes de áreas rurales", Xóchitl Castañeda, Itzá Castañeda y Claire Brindis presentan los resultados de un estudio realizado en dos comunidades rurales en Chiapas y Morelos. Las autoras observaron las creencias, prácticas y mitos sobre la virginidad de la mujer, sobre la iniciación sexual prematrimonial del hombre, ambos hechos encargados de regir y normar la conducta tanto de los jóvenes como del resto de la población.

El último de los artículos del primer apartado fue realizado por Ramiro Caballero y Paulina Uribe, "Factores de riesgo sexual de infección del VIH/Sida entre jóvenes mexicanos: una revisión de 1983 a 1997", en el que describen los factores socioculturales relacionados con el riesgo de infección de VIH/Sida en adolescentes y jóvenes. Para esto los autores se dieron a la tarea de revisar resultados de investigación empírica publicada entre 1983 y 1997 que habían utilizado la técnica de entrevistas con adolescentes y jóvenes tanto del área rural como urbana. Las investigaciones procedieron de las universidades públicas como la de Sonora, la de Guadalajara y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); y del Conasida, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), CONAPO, el Instituto Nacional de Salud Pública y también de algunas ONG.

Las investigaciones fueron realizadas con adolescentes de todos los niveles socioeconómicos, seleccionaron investigaciones realizadas desde el punto de vista psicológico, demográfico, sociológico y antropológico, aunque el enfoque predominante era el “estudio del comportamiento bajo el criterio de la descripción o búsqueda epidemiológica de factores de riesgo”.

Con respecto al segundo apartado de Programas de educación y prevención, los artículos se refieren a la educación y a la prevención sobre la sexualidad y la salud reproductiva de la población adolescente.

Fernando Beltrán y Cecilia Benet, escriben el Artículo “Atención a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes un factor determinante de bienestar social”, en éste describen los programas de salud sexual y reproductiva dirigida a las y los adolescentes, tanto gubernamentales como no gubernamentales, contextualizando esta descripción con la situación que prevalece en el país respecto al tema.

Los autores presentan el marco de las políticas internacionales y los postulados que sustentan y promueven la salud sexual y reproductiva de jóvenes de los y las adolescentes en el mundo. Además describen la forma en que funciona el Programa de la Secretaría de Salud “En Buen Plan”, cuyo objetivo es atender las necesidades de salud reproductiva de la población joven.

Por otra parte, Diana Reartes, escribe el artículo “La planificación familiar en adolescentes y jóvenes: una aproximación a las representaciones y prácticas de

médicos generales”, hace un análisis desde el punto de vista antropológico. En la investigación observó el proceso de orientación, selección, administración, control y seguimiento del uso de métodos anticonceptivos en población adolescente y joven. Dicha investigación se realizó en un Centro de Salud en el Distrito Federal.

La importancia de este último artículo radica sobre todo en que da un espacio a la voz de los y las adolescentes, nada mejor para el acercamiento a sus necesidades.

Es sin duda que se ha hecho una labor ardua con los trabajos anteriormente mencionados, para los cuales su interés es llegar a la meta, es decir, entregar números que reflejen cuántos pacientes (números y no sujetos) acuden a consulta de Planificación Familiar, cuántos métodos anticonceptivos se entregan, cuántas pláticas se otorgan, cuántos embarazos han disminuido, etcétera; lo que significa (institucionalmente hablando) que su aporte es conservar la salud sexual y reproductiva de la población mediante la promoción y oferta de los métodos anticonceptivos y visto de esta manera los logros son favorables. Me pregunto, ¿realmente se interesan por las necesidades e inquietudes con respecto a la sexualidad de los y las adolescentes, los escuchan y son realmente comprendidos en sus contextos?

Ahora bien, el personal de salud realiza sus actividades según la normatividad de la institución, entrega métodos anticonceptivos, dan las pláticas, etcétera, pero, ¿acaso se cuestionan qué significa para los y las adolescentes su sexualidad y cómo la ejercen?

Considero que con base en estas preguntas hay que innovar una línea de acción desde la promoción de la salud emancipatoria para comprender más las necesidades e inquietudes de los y las adolescentes.

Si bien contemplamos las otras posiciones de la sociedad con respecto a la visión educativa en materia de sexualidad podemos conocer un pensamiento diferente y radical ante el sentido común de otros grupos de población que prefieren no hablar de ello en la escuela diciendo que es un tema prohibido para los estudiantes. Sin embargo, existen algunos padres de familia que su deseo es contar con personas profesionales y capacitadas en el tema, ya sea porque algunos no se sienten con la suficiente preparación sobre sexualidad y requieren de un apoyo educativo o bien algunos otros les es difícil superar esa barrera de tabúes que no les permite el acercamiento a sus hijos y prefieren que sean otros quienes les hablen del tema.

El siguiente ejemplo representa de manera importante cómo y cuál es la visión de algunos padres mexicanos con respecto a la educación sexual en la escuela y cómo debe ser impartida y por quiénes. Estudio Cuanti-cualitativo Realizado con 15,000 Padres de Familia de la República Mexicana en el 2001 por Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson del Instituto de Enseñanza Superior e Investigación Sexológica Imesex del Instituto Mexicano de Sexología, investigación titulada "La aceptación de la educación de la sexualidad en la escuela".

Álvarez-Gayou (2001), parte del contexto que existe en México con los grupos conservadores que se oponen a que se imparta educación de la sexualidad en la

escuela y proponen que esto se haga exclusivamente en el seno familiar, basados en la idea de que es patrimonio exclusivo de los padres de familia la transmisión de valores en y para sus hijos o hijas. ¿Realmente los padres de familia no quieren que sus hijas e hijos reciban esta educación formal en la escuela? A raíz de esta pregunta, iniciaron la investigación enfocada a conocer las opiniones de los padres de familia mexicanos sobre la educación sexualidad para sus hijos.

Los siguientes datos son parte del proceso y de los resultados generales obtenidos. El sexo de las personas que respondieron fue: masculino el 25%, femenino el 63% y no contestó el 12%. La edad promedio fue de 31 años, con una mínima de 20 años y máxima de 71 años.

El sexo de los hijos se distribuyó en: femenino 52% y masculino 48%. La edad de los hijos e hijas fue en promedio de 9 años con una mínima de 3 años y una máxima de 19. Los niveles que estudian los hijos e hijas de estos padres se distribuyeron de la siguiente manera: preescolar 46%, primaria 39%, secundaria 11%, preparatoria 3% y no contestó 1%. Los resultados muestran que, en una primera instancia el 95% contestaron que sí solicitan personal docente capacitado, y los que respondieron que no (o no contestó), el 5%. Cuando en una segunda pregunta se planteó si aceptarían si fueran profesionales los que la impartieran, contestaron que sí el 98% y que no (o no contestó) el 2%.

De acuerdo con los resultados antes mencionados Álvarez Gayou-Jurgenson argumenta en su análisis lo siguiente: queda demostrado que los padres de familia en

México sí desean la educación de la sexualidad formal para sus hijos y, además, desean que sea impartida por profesionales.

Son interesantes los resultados que dejó esta investigación, ya que muestra el verdadero interés de los padres (lo contrario de lo supuesto) porque sus hijos reciban una educación sexual de calidad e impartida por expertos, ya que muchos padres reconocen no estar preparados para ello. Lo anterior se podría conjuntar con la atención de educación sexual institucional que complementaria y reforzaría una educación sexual integral y más significativa.

## **2. 6. Programas de atención a la salud del adolescente en México**

En este apartado se distribuirán de manera muy general los programas de salud sexual de jóvenes y de los y las adolescentes promovidos por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Acerca del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) creado el 20 de octubre de 1969, es el organismo multilateral más importante y constituye la mayor fuente de apoyo internacional en materia de población. Trabaja en más de 150 países en todo el mundo y tiene representantes en 65 naciones donde la asistencia es más necesaria. De acuerdo con lo anterior, el UNFPA apoya particularmente a los países en desarrollo, a petición expresa de sus gobiernos. Desde 1972, el UNFPA también está presente en México y colabora desde entonces con el gobierno y con diversas

organizaciones civiles y académicas en el desarrollo de las políticas y los programas de población.

El UNFPA desarrolla actualmente, en coordinación con el Gobierno de México, el quinto Programa de Cooperación del UNFPA con nuestro país. En este programa participan instituciones gubernamentales, sociales y académicas, e inició en 2008 y concluirá en 2012.

El actual Programa de Cooperación del UNFPA comprende tres áreas sustantivas: Salud Sexual y Reproductiva; Población y Desarrollo e Igualdad de Género. Dicho programa pone énfasis en la reducción de desigualdades y en la promoción de los derechos humanos, así como en el fortalecimiento de las capacidades nacionales. Esto se resume de la siguiente manera:

- Mejorar y ampliar el acceso de todas las personas a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Informar, comunicar y educar sobre los temas de población, salud reproductiva y equidad de género.
- Contribuir al fortalecimiento técnico de las instituciones de gobierno y de la sociedad civil que se dediquen a estos temas.

- Fomentar y establecer alianza con diversos actores sociales y políticos a fin de los asuntos de población.

Para el UNFPA es de suma importancia desarrollar las habilidades que les permitan a los y las adolescentes y jóvenes tomar decisiones informadas sobre su proyecto de vida. Para ello, el UNFPA promueve el involucramiento de las personas jóvenes en el desarrollo, ejecución, seguimiento y evaluación de sus proyectos, como el Grupo Asesor de Jóvenes sobre VIH y SIDA y Concurso de Fotografía “Mirada Joven” ([www.unfpa.org.mx](http://www.unfpa.org.mx)., consultada 07 julio, 2010).

### **2. 6. 1. Vinculación del Programa de Atención para la Salud de la Adolescencia con otros Programas de Acción del Programa Nacional de Salud.**

En este punto se identificarán las líneas de acción de los diversos programas que forman parte del Programa Nacional de Salud (PNS) relacionadas o enfocadas a la salud de los y las adolescentes y jóvenes.

#### **Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA)**

A partir del 2001, el Gobierno Federal decidió construir como programa prioritario el de Atención a la Salud de las y los Adolescentes. Entre marzo y mayo del 2001, se reunió información sobre 160 instituciones oficiales y particulares que trabajan con temas de adolescentes, de los cuales, sólo alrededor de 37 operan acciones de promoción, consejería, atención asistencial y rehabilitación (PASA, 2001-2006).

El programa beneficia a la población de adolescentes de 10 a 19 años de edad y es continuidad del Programa de Atención a la Infancia cuya responsabilidad implica la población de niños y niñas de 0 a 10 años de edad, el PASA involucra al Sector Salud en México y a las Instituciones públicas y privadas, vinculadas a este grupo poblacional y está sustentado en las Normas Oficiales Mexicanas explícitas para este grupo de población. Ante las características de la población y sus preferencias de atención inicialmente arranca con dos vertientes: Atención a la Salud y Promoción de la Salud.

El enfoque para la atención de la salud se orientará de forma gradual, durante la implementación del programa, al desarrollo de sus capacidades para llegar a ser adultos productivos; y más que la atención de los daños, se distingue por la promoción de la salud, y al autocuidado, a partir de un modelo centrado en la actuación presente de los servicios de salud.

La Promoción de la Salud en México de acuerdo al PASA (2001-2006) está orientada a grupos de madres y padres, maestras y maestros, personas de la comunidad, incluidos los y las adolescentes; se debe fundamentar en un principio de respeto por los derechos humanos, acceso universal a la información en salud, fomento y directriz de autodeterminación en el cuidado de la salud y la integración responsable e independiente de grupos de autoayuda. El objetivo es que gran parte de las acciones de promoción tienen que ser propuestas por ellas/ellos con la finalidad de legitimar las necesidades de la salud. Los grandes temas en que se incluyó a las y los adolescentes son, salud sexual y reproductiva, enfermedades infecciosas y parasitarias, salud mental

y adicciones, promoción a la salud y ayuda mutua, salud del niño y del adolescente, nutrición, acciones a migrantes y pueblos indígenas.

### **Programa de Salud Reproductiva:**

Menciona las acciones de las y los adolescentes con la consejería en planificación familiar, que tiene como objetivo hacerlo de manera amigable, en el programa de Arranque Parejo en la Vida que tiene vinculación estrecha con la atención de las adolescentes embarazadas y sus hijos hasta los dos años de edad.

Las Unidades de Atención Amigables a los adolescentes son un servicio intermedio entre el primero y el segundo nivel de atención.

### **Programa de Promoción de la Salud**

La relación más importante es la actividad de Comunidades Saludables y Educación Saludable, por medio del cual se canalizará a los adolescentes para exámenes médicos y para diagnóstico y resolución de problemas de salud detectados con pruebas de tamiz en los comités de salud escolar.

### **Programa de Migrantes Vete Sano y Regresa Sano**

60% de los migrantes mexicanos en el interior de la República y los que se mueven al extranjero son menores de 20 años, el programa de adolescentes pondrá énfasis en

aquellos municipios en las entidades de alta movilidad aplicando el MIDAS como el modelo universal de atención a la población.

### **Programa de Control del VIH/SIDA**

Se vinculará en las cuatro acciones básicas, educación para la salud, protección, detección y manejo de casos.

### **Programa de Control y Prevención de Adicciones**

Participa tanto en los aspectos técnicos para detección y manejo de factores de riesgo para adicciones en el primer nivel de atención, así como en la detección oportuna de problemas adictivos en los adolescentes, su manejo y referencia con apoyo de los 240 Centros de Integración Juvenil y unidades de salud especializadas.

### **Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud**

El vínculo es fundamental, ya que la Atención Integrada conlleva la mayoría de la calidad de atención, además de incrementar la eficiencia de las unidades de primer nivel de atención a través del incremento del uso de los servicios y la optimización de las acciones por medio del mejoramiento continuo de la referencia y contrarreferencia.

En general los numerosos programas de educación sexual para los y las adolescentes que se han desarrollado, se concluye que deben estar centrados en conductas de

riesgo específicas, usar modelos teóricos reconocidos, usar métodos pedagógicos interactivos e incluir siempre conceptos como la clarificación de valores, la resistencia a la presión social y el entrenamiento en habilidades de comunicación. Con lo que respecta a México, lo anterior, se visualiza como una meta de ensueño, en realidad lo planteado forma parte de los derechos universales y específicamente del derecho a la salud que tenemos todos los mexicanos, y que realmente se lograría alcanzar la mayor parte mediante constancia y entrega pero sobre todo con continuidad y sería genial dar pasos agigantados en materia de salud pública mediante la concatenación de todos los actores de nuestra sociedad y de las instituciones del sector salud para poder obtener cambios que favorezcan a una vida plena a todo ser humano y desde luego, a los adolescentes, y así ejercer una sexualidad libre y responsable.

## CAPÍTULO 3

### Promoción de la salud; enfoques teórico-metodológicos

En este capítulo se abordarán de manera general los siguientes enfoques teórico-metodológicos en promoción de la salud: socio histórico, médico hegemónico, estilos de vida y propuesta emancipatoria, el propósito es tenerlos como referencia para evidenciar sus principales diferencias respecto a la promoción de la salud. Considerando que el marco teórico-conceptual de esta investigación parte de la última visión mencionada, se profundiza en mayor medida en su estudio.

La Promoción de la Salud puede ser entendida como práctica o como corriente metodológica y movimiento internacional. Como movimiento internacional inicia formalmente con la Conferencia de Ottawa (1986). Movimiento que ha evolucionado en distintas concepciones y prácticas institucionales y profesionales. La mayoría de estas concepciones se han desarrollado dentro del paradigma biomédico de la medicina occidental, lo que ha derivado, entre otras cosas, en una confusión de la promoción de la salud con la prevención, el sanitarismo, la epidemiología, etcétera.

En 1981, *Robert Anderson* e *Ilona Kickbusch* de la Unidad de Educación para la Salud, Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhague, Dinamarca; acudieron a Canadá, en ese entonces el único país que contaba con una Dirección General de Promoción de la Salud, para conocer y comprender lo que allí se estaba trabajando con la promoción de la salud en lo que respecta a programas y políticas.

Anteriormente, en 1980 la Oficina Regional de la OMS para Europa les solicita elaboren un borrador de propuesta de educación para la salud para el programa de trabajo de 1980-1984, con el fin de crear un programa nuevo (con la aprobación de los Estados miembros), llamado promoción de la salud, a partir de 1984. (Kickbusch, 1997).

Lo anterior dio paso al "Proyecto Regional/Interregional de Promoción de la Salud" creado por el Director General de la OMS, Dr. *Hafdan Mahler*, dándole la importancia necesaria a la promoción de la salud en todos los Estados Miembro y en todas las regiones. Dicho programa se diseñó para desarrollar un trabajo básico que aclarara el significado de la promoción de la salud.

En la Oficina Regional se tenía hecho ya un trabajo de preparación, particularmente con la producción de un "Documento de discusión sobre el concepto y los principios de la promoción de la salud" (llamado el libro amarillo), redactado en 1984 para marcar el comienzo del programa de promoción de la salud de la Oficina para Europa. El Documento de discusión define la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud y, al mismo tiempo, mejorar esa salud. Esta perspectiva deriva de un concepto de "salud" que la define como la magnitud en que un individuo o grupo pueden, por una parte, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otra, cambiar su entorno o afrontarlo. Por tanto, la salud se considera un recurso aplicable a la vida cotidiana y no como el objetivo de esa vida; es un concepto positivo que se apoya en los recursos sociales y personales y también en la capacidad física (*Kickbusch, 1997*).

Se adelantan cinco principios fundamentales de la promoción de la salud:

1. La promoción de la salud afecta a la población en su conjunto en el contexto de su vida diaria y no se centra en las personas que corren el riesgo de sufrir determinadas enfermedades.
2. La promoción de la salud pretende influir en los determinantes o causas de la salud.
3. La promoción de la salud combina métodos o enfoques distintos pero complementarios.
4. La promoción de la salud se orienta específicamente a conseguir la participación concreta y específica de la población.
5. Los profesionales de salud (particularmente en el campo de la atención primaria) deben desempeñar un papel de gran importancia en la defensa y facilitación de la promoción de la salud.

Se señalan cinco áreas temáticas:

1. Acceso a la salud.
2. Desarrollo de un entorno facilitador de la salud.
3. Refuerzo de las redes y apoyos sociales.
4. Promoción de los comportamientos positivos para la salud y de las estrategias de afrontamiento adecuadas, un objetivo esencial para la promoción de la salud.
5. Aumento de los conocimientos y difusión de la información relacionada con la salud.

¿Podía aplicarse este enfoque a los países en desarrollo o sólo era adecuado para los industrializados? Para contestarse dicha interrogante se creó un grupo internacional de estudio que se reunió en Copenhague en 1985 conformado por representantes de todas las partes del mundo. Lo que desencadenó reflexiones de todos los participantes en torno a si la promoción de salud podría formar parte de las políticas de salud y de la atención primaria de salud.

De modo que nació la idea de celebrar la Primera Conferencia Internacional importante sobre Promoción de la Salud, que debería celebrarse en Ottawa, Canadá, en noviembre de 1986, la cual reunió a más de 200 participantes de todo el mundo, sobre todo de países industrializados, para compartir sus experiencias acerca de los programas y políticas de promoción de la salud.

El contexto anterior parte de la Carta de Ottawa (1986) la cual es vista como recurso de los seres humanos más que una meta, establece el propósito de "proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

### 3. 1. Socio histórico

Hasta antes del siglo XIX el estudio de la enfermedad estaba centrado bajo un paradigma positivista que atendía la evidencia y la experimentación como las únicas posibilidades de explicación de los procesos patógenos en los organismos. No obstante, en el año de 1848 *Rudolf Virchow*, importante patólogo encabezó en Alemania un movimiento médico que promovía un cambio en la manera de estudiar y tratar las enfermedades con su teoría celular, mientras tanto Salomón *Neumman* señalaba el papel de la sociedad, la protección de la vida y la salud de los ciudadanos. *Virchow* convencido afirmaba “la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala” (*Virchow*, 1849).

A principios del siglo XVIII en Europa se visualiza la noción de la medicina como “ciencia social” a partir de las investigaciones de Bernardino Ramazzini en 1700 publicadas en su libro “Discurso sobre las enfermedades de los trabajadores” en el que se aborda el tema de las condiciones del lugar del trabajo y las enfermedades de los trabajadores. Por su parte, en 1794 Johann Peter Frank maneja una visión desde la salud pública sobre el condicionamiento social de las enfermedades con su obra: *System einer vollständigen medicinischen polizey* (Sistema de una policía integral) (Sigerist, 1992).

En Inglaterra, en el año de 1844 Chadwick elabora un informe en el que demuestra la relación de las enfermedades con las condiciones de trabajo “Inquiri into the sanitary condition of the labouring population in Great Britain” y en 1845 Federico Engels publica

“La situación de la clase obrera en Inglaterra”. En ésta realiza el análisis de la situación del proletariado inglés, en la sociedad burguesa más desarrollada en Europa para aquel entonces, investiga la aparición y desarrollo de la clase obrera con gran abundancia de datos históricos. Mediante la utilización del materialismo histórico y con espíritu creador, Engels (1845) llega a la conclusión de que el proletariado lucha contra el régimen capitalista por la propia situación de explotación y miseria en la que vive. La Revolución Industrial determinó la aparición de dos nuevas clases sociales: la burguesía industrial (los dueños de las fábricas) y el proletariado industrial (los trabajadores). Se los llamaba proletarios porque su única propiedad era su prole, o sea sus hijos, quienes, generalmente a partir de los cinco años, se incorporaban al trabajo.

A muchos capitalistas no les importaba que sus trabajadores, a veces niños de siete años, trabajaran 12 o 14 horas por día en condiciones insalubres, con graves riesgos físicos. Su única preocupación era aumentar la producción al menor costo posible, es decir, pagando el salario más bajo que se pudiera, aprovechándose de la gran cantidad de desocupados que había. Esta situación de injusticia llevó a la aparición de los primeros sindicatos de trabajadores y de huelgas en demanda de aumentos de sueldo y de mejoras en las condiciones de trabajo. La unión de los trabajadores posibilitó la sanción de las primeras leyes protectoras de sus derechos y, consecuentemente, el mejoramiento progresivo de su calidad de vida.

Se afianza la burguesía a partir de la *restauración* en Inglaterra y de la *revolución* tanto en Francia como en Estados Unidos. La salud en Inglaterra pasa a estar regida por el movimiento vitalista y el asistencialismo, luego esto se transforma en la medicina de la

fuerza de trabajo. Estos métodos están parcialmente sustentados por el Estado. En Francia la medicina se denomina medicina urbana, se dedica a aislar los miasmas y las áreas miasmáticas para evitar los contagios. En Alemania y Holanda (Peter Frank) acuñan la *Política médica*: Medidas de control y vigilancia del enfermo compulsivas bajo responsabilidad del Estado junto con una imposición de reglas de higiene individual para el pueblo (Filho, 1992).

Louis Alexander en 1825 estudia 1960 casos de Frederick Engels señala que las condiciones de la clase trabajadora en Inglaterra en 1844 son responsables del desgaste y el deterioro de sus condiciones de salud. Su texto "Las condiciones de la clase trabajadora en Inglaterra en 1844" es tal vez el primer texto analítico de la epidemiología crítica (Filho, 1992).

Al aumentar el conocimiento de las enfermedades transmisibles se monopoliza el avance del conocimiento epidemiológico dirigido a los procesos de transmisión o control de epidemias prevalentes en ese entonces. La primera epidemiología de la salud pública, la medicina social del colonialismo, se preocupaba por la viruela, la malaria y las enfermedades tropicales. El retardo del proceso de la epidemiología como ciencia autónoma se debe a estas derivaciones. La epidemiología retoma más adelante la tradición médico social de lo colectivo como algo más que un conjunto de individuos, a través del aporte que produce un avance independiente de la estadística: **la teoría de las probabilidades**. La introducción del raciocinio estadístico en la investigación epidemiológica rechaza el carácter fundamentalmente descriptivo de *la epidemiología de las epidemias* (Filho, 1992).

# BIBLIOTECA UACM

Por otro lado, *Henry Sigerist* (1929) tuvo un papel importante en el movimiento de la “socialized medicine” de los años cuarenta en Estados Unidos, el cual fue opacado por la política de oposición que emprendió el gobierno estadounidense e instituciones como la American Medical Association, la American Hospital Association y la American Bar Association, entre otras (Starr, 1982; Derickson, 1997). Hacia el último tercio del siglo XX surgen una serie de trabajos de autores como Thomas McKeown (1962, 1982), Cristina Laurell (1974, 1975, 1979) y Vicente Navarro (1976, 1978) (Mendoza, 2008).

A finales de la década de 1970 se da una polémica intensa respecto al carácter de la enfermedad. Lo que se discute es si ésta es esencialmente biológica o, por el contrario, social. Hay así un cuestionamiento profundo al paradigma dominante de la enfermedad que la conceptualiza como un fenómeno biológico individual. Las razones del surgimiento o, mejor dicho, del resurgimiento actual de esta polémica deben buscarse tanto en el desarrollo de la medicina misma como en la sociedad en la cual se articula (Laurell, 1981).

A partir del panorama anterior ha surgido el por qué de los procesos salud-enfermedad de la colectividad humana, más allá de la visión y explicación médico-patológica analizando los factores y causas de enfermedades individuales y desde luego colectivas, es decir se ha planteado la importancia de estudiar el contexto económico, social y cultural de los individuos, ya que existen grados de vulnerabilidad en diferentes grupos de población, por ejemplo, no es lo mismo una colectividad que vive en una pobreza extrema que con una que cuenta con todos los servicios públicos, pues en gran medida de ello dependerá su salud, la naturaleza social de la enfermedad no se

verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos (Laurell, 1981).

Por esto, el estudio del proceso salud-enfermedad ha permitido conocer las condiciones de una colectividad y su relación con su medio específico porque revisa a las mismas pero visto más allá de la visión biológica de las condiciones de salud como un proceso determinado por las condiciones de vida.

Sin embargo, en la actualidad la práctica y la investigación de la medicina moderna se basan en el modelo biológico de la enfermedad no por ello se ha dejado de estudiar su carácter histórico-social, así desde esta perspectiva la salud-enfermedad (S-E) es un proceso histórico determinado por las condiciones materiales de vida, es decir depende de su adhesión a determinada clase social para poder explicar los procesos de S-E los cuales están ligados dialécticamente, no son elementos aislados o separados.

Cuando se dice que la S-E se encuentra determinada por sus condiciones de vida se alude necesariamente al papel que los individuos tienen frente a los medios de producción, así unos son los dueños de éstos y otros alquilan su fuerza de trabajo a los dueños de los medios de producción, esta posición los coloca en una relación de desiguales. Las desigualdades sociales determinan la forma de enfermarse y de morir en una sociedad determinada (aspecto que puede tener una referencia verificable en los perfiles epidemiológicos).

Así encontramos que hay dos categorías fundamentales de esta perspectiva de promoción de la salud; la inequidad y la desigualdad social y dado que la S-E no son resultados de una contingencia (Mendoza, 2009) sino se encuentra determinada a partir de dichas desigualdades, la cual se produce y reproduce a partir de sus condiciones materiales de existencia, de las contradicciones mismas de la sociedad que son de orden estructural, por ello la S-E desde la mirada socio-histórica no puede verse a partir de factores biológicos porque sería reducir la explicación de un hecho que se presenta como proceso.

### **3. 2. Médico hegemónico**

El Modelo Médico Hegemónico (MMH) se define como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII logró dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.

Lo anterior deriva del análisis que Eduardo L. Menéndez (1979) hace del MMH, señalando que dicho modelo se constituye y se instituye en los países capitalistas centrales, coetáneamente con el proceso de obtención de hegemonía por parte de la burguesía, y cuando la relación de clases fundamentales en dichas sociedades se establece a través de las relaciones burguesía/proletariado.

El MMH se constituye en función del conjunto de las clases sociales urbanas y no sólo de los sectores burgueses y pequeños burgueses. Más aún, en un nivel manifiesto dicho modelo aparece asociado en su desarrollo a la lucha y abatimiento de toda una serie de padecimientos que pueden ser vinculados con las condiciones de vida de las clases subalternas. La desnutrición, el alcoholismo, las enfermedades infectocontagiosas y en particular la tuberculosis incidían diferencialmente en el conjunto de las clases sociales, de tal manera que sus consecuencias más graves se daban en los trabajadores urbanos. Las condiciones de vida del proletariado emergen como aquellas donde se dan más frecuente y lentamente los padecimientos que supuestamente la práctica médica debía erradicar.

Pero el MMH, se instituye durante el periodo en que las clases subalternas urbanas, incluidos los trabajadores industriales, mejoran comparativamente su nivel de vida y comienzan a obtener determinados "beneficios sociales" como producto de sus luchas y de las necesidades productivas y legitimadoras de la clase dominante. Así, las mejoras en las condiciones de salubridad no se dan abstractamente, sino que implican el control global sobre los focos transmisibles, ya que esto es casi lo único que asegura la protección de las clases dirigentes.

Los caracteres dominantes de dicho modelo son su biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad, participacionismo subordinado, etcétera, que justamente determinan un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona, o a lo sumo en un ambiente "natural", donde

los procesos colectivos determinantes de la enfermedad, y donde el sujeto y/o los conjuntos sociales son considerados siempre como “pacientes” (Menéndez, 1979).

La práctica médica que surge de este modelo es una práctica reparativa, que reduce su nivel de análisis a la suma de individuos, y que no puede referir radicalmente sus políticas de salud a los factores económico-políticos e ideológicos determinantes de la enfermedad, pues ello supondría de hecho afectar al proceso dominante. La dimensión biológica, y cuando fuese necesario la dimensión psicológica, aparecen como los niveles a través de los cuales se plantean tanto la causalidad como la solución de los padecimientos.

El MMH implica el desarrollo de una práctica médica que puede ser pensada como una medicina del trabajador enfermo y no de la enfermedad sobredeterminada por el proceso laboral. La práctica médica convierte el problema específico en un problema abstracto, donde lo determinante es lo genérico, y no la situación específica del trabajador en un determinado proceso productivo.

Por otra parte, la práctica médica radica su mirada en una aparente especificidad, la de la enfermedad “en sí”, que de hecho elimina la red de relaciones sociales, productiva e ideológicas que afectan la salud global del trabajador, pero también la de su familia, y por ende repercute de manera social.

Potencialmente y en toda sociedad el MMH cumple cuatro funciones básicas: a) curativo-preventiva; b) normatizadora; c) de control y d) de legitimación. La primera

función, la curativa-preventiva es la que aparece generalmente como la única, o por lo menos como la reconocida como más importante y relevante. Y en cierta medida así lo es; en el nivel manifiesto y aparente la curación y secundariamente la prevención aparece como las funciones más frecuentes, como aquellas con las cuales se identifica la práctica médica. Más aún, todas las otras funciones necesitan manifestarse a través de esta función; sólo pueden ser asumidas en la medida que sus objetivos serán por lo menos formalmente curativo preventivos.

Las otras funciones, sobre todo lo que respecta a la normatizadora y de control son parte implícita del trabajo médico: éste necesita normatizar para actuar; requiere controlar para ser eficaz. Lo que Menéndez señala, debemos recordar, que el mero hecho de prevenir un padecimiento supone la posibilidad de normatizar y de controlar. El término “vigilancia epidemiológica” expresa en toda su transparencia este proceso, que en todos los casos supone además una organización jerarquizada de la normatización y de control, así como una participación pasiva de los “pacientes”.

El MMH, supone aún en sus principales avances objetivos, la posibilidad de controlar y normatizar, y desde esta perspectiva contribuir a la reproducción ideológica de determinadas relaciones dominantes (Menéndez, 1979).

En el siglo XIX el modelo principal de la salud y la enfermedad ha sido el biomédico. Éste explica la enfermedad en términos de parámetros físicos, y la biología molecular es su disciplina científica básica. Sostiene que las situaciones psicosociales no son responsabilidad de los médicos. La idea de que la enfermedad era causada por un

patógeno específico estimuló el desarrollo de las drogas sintéticas y la tecnología médica, e hizo pensar de manera muy optimista, que muchas enfermedades podrían ser curadas, lo que ha llevado al punto de vista de que una enfermedad se encuentra en un agente específico ha dado al campo médico una perspectiva que se concentra en la enfermedad, y no en la salud (Oblitas, 1987).

Hasta bien entrado el siglo XX, la salud se definía como la ausencia de enfermedad. Es decir, desde este modelo médico se le entiende como algo que hay que conservar o curar agresiones puntuales, como pueden ser accidentes, infecciones, etcétera. (Labrador, Muñoz y Cruzado, 1990). Eduardo Menéndez ha descrito que la medicina se apropia, más bien expropia la salud en términos de beneficio, para unos pocos dominantes más que para el bienestar de los muchos dominados, legitimando el control de aquellos sobre éstos; en el caso del SIDA esta situación se hace patente al principio de la enfermedad esta fue estigmatizada poniendo etiquetas y una barrera discriminatoria a las personas con la enfermedad vista en diferentes campos como son: familiar, social, laboral y médico.

En este modelo tenemos específicamente el campo de las instituciones públicas o privadas de salud regidas por el sector salud, donde la interacción es propiamente médico-paciente y se caracteriza por las relaciones de poder encabezada por el que tiene el conocimiento que asume el grupo interdisciplinario de salud; en donde casi siempre el "paciente" es un objeto (y no sujeto) pasivo que debe obedecer al pie de la letra las indicaciones del médico, no se le da la apertura a preguntas, dudas y mucho menos expresiones sentidas. Aristóteles decía que todos los conocimientos se podían

resumir en dos saberes, según su utilización: el saber de servicio y el saber de poder, la medicina no escapa a este concepto habiendo engendrado tantos servidores de la humanidad como cómplices del poder, según se haya colocado al lado de los dominados o de los dominantes.

Hasta hoy, el campo de la salud ha sido del dominio de médicos y personal entrenado básicamente para la curación y la prevención de las enfermedades. En este campo la planificación está presente desde en actos médicos específicos de curación individual, hasta en el abordaje de problemas de salud pública global, como las enfermedades transmisibles. Cualquiera que sea la práctica médica validada como tal se encuentra que el objeto de transformación será la enfermedad y no la salud. (Chapela, 1998).

La visión higiénico-preventista en promoción de la salud parte del marco estructural descrito desde un modelo hegemónico desde el paradigma positivista. Lo anterior efectuado por la sociedad y los tres órdenes de gobierno, para conformar un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo.

El Modelo Operativo de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud (MOPS, 2001-2006) tiene como objetivo atender de manera efectiva las necesidades poblacionales y los retos que presenta el sistema de salud. La disciplina va más allá del evento y se centra en las causas epidemiológicas multifactoriales. Al identificar el perfil de riesgos de cada individuo se puede manejar mejor sus condiciones personales. También propone fortalecer aptitudes y habilidades y crear una verdadera cultura en salud que

fluya vigorosamente entre individuo y población (al menos en teoría). No obstante, en la práctica las actividades y actitudes del personal de salud no son acordes a lo planteado con el modelo operativo de promoción de la salud. La actividad de los centros de salud se encuentra direccionada a la difusión y repartición de material impreso (carteles, volante, trípticos, cartillas, pulseras, etcétera.) proporcionado por la institución, y que sólo se limita al volanteo y control numérico de material entregado.

Es de hacerse notar por un lado, que la inmensa mayoría de los formalmente reconocidos como “los recursos humanos” para la salud (médicos, enfermeras, técnicos, etcétera.) funcionan como mano de obra dentro de planes establecidos sin tomar conciencia ni control de lo planeado globalmente, ignorándolo o no cabalmente reflexionando sobre para qué concepción del mundo y de la vida están trabajando.

### **3. 3. Estilos de Vida**

“El concepto de estilo de vida es el que ha tenido mayor visibilidad y aplicación en las últimas décadas por parte de los salubristas (Bauer, 1980; Berlingue, 1981; Blaxter, 1990; Davidson et al., 1992; Gottlieb y Green, 1984; Pill y Stolt, 1987; Syme, 1978). Este concepto se constituyó a partir corrientes teóricas como el marxismo, el comprensivismo weberiano, el psicoanálisis y el culturalismo antropológico estadounidense (Coreil et al., 1985), aunque debe reconocerse que las concepciones teóricas que más influyen en la formulación y el desarrollo de esta idea son las historicistas alemanas” (Menéndez, 1998).

Continuando con Menéndez (1998), explica: “el concepto estilo de vida fue aplicado inicialmente por las ciencias sociohistóricas al análisis de las características y los comportamientos socioculturales de conjuntos como clases sociales o grupos nacionales. La aplicación biomédica “extrajo” el padecimiento de los procesos culturales y sociales en que se desarrolla, y utilizó el concepto estilo de vida para describir rasgos específicos de comportamientos relacionados primero con determinadas enfermedades crónicas, y mas tardíamente con las violencias y las adicciones. Este concepto sólo fue utilizado para describir rasgos determinados de padecimientos excluyendo las enfermedades infectocontagiosas o la desnutrición y algunas formas de vida (por ejemplo el beber agua no potable), pese a la relación de las mismas con determinadas formas (estilos) de vida”.

La epidemiología tradicional utilizó el concepto en otro sentido, suprimiendo el carácter holístico, reduciéndolo a conductas de riesgo, comportamientos individuales de los sujetos, señalando determinados factores de riesgo e invisibilizando las condiciones materiales de vida, los elementos culturales e ideológicos y poniendo en el centro del análisis la conducta de riesgo.

Por otro lado tenemos otras visiones de estilo de vida, según Stone (1979), la salud ya no se conceptualiza como la ausencia de enfermedad, sino que se entiende como un estado positivo de bienestar. Siguiendo esta visión nos situamos en el concepto de “Estilo de Vida Saludable”, es aquel que permite ir introduciendo en la manera de vivir de las personas, pautas de conductas, que tanto individual como colectivamente de forma cotidiana, mejora su calidad de vida.

Si partimos de que las enfermedades crónicas difieren de las dolencias infecciosas en al menos tres aspectos. En primer lugar, es probable que aquellas perduren mucho tiempo, mientras que éstas, las infecciosas, con frecuencia se pueden curar con relativa rapidez y de manera total. En segundo lugar, las enfermedades crónicas obedecen en la mayoría de los casos a conductas y estilos de vida que no favorecen a un equilibrio adecuado, mientras que las infecciosas son causadas por bacterias y virus. Por eso, las vacunaciones, las mejoras sanitarias y otras medidas públicas fueron eficaces para combatir las principales causas de mortalidad de comienzos del siglo. (Brannon y Feist, 1992).

Desde la perspectiva actual de los estilos de vida las enfermedades crónicas (cáncer, SIDA, Diabetes, Hipertensión) han sustituido a las infecciosas como causas principales de muerte. La peculiaridad de tales padecimientos es que se encuentran asociados estrechamente con la conducta humana y el estilo de vida de los sujetos. Por ello, en la actualidad es más adecuado hablar de patógenos y de inmunógenos conductuales. Por patógenos conductuales entendemos aquellas conductas que incrementan el riesgo de un individuo a enfermar (por ejemplo: fumar, beber alcohol). Lo contrario, los inmunógenos conductuales son todos aquellos comportamientos que lo hacen menos susceptible de contraer enfermedades (Matarazzo, 1984).

Las prácticas de promoción de la salud desde la visión de estilos de vida impulsan medidas para impedir que enfermen aquellas personas que gozan de "buena salud". La prevención primaria implica dos estrategias: 1) cambiar los hábitos negativos de salud

de los sujetos (fumar, beber, dieta), y 2) prevenir los hábitos inadecuados mediante la generación de hábitos positivos y el estímulo para que la población los adopte.

Todo estilo de vida está favorecido por los hábitos, costumbres, modas, valores existentes y dominantes en cada momento en cada comunidad; estos factores enumerados tienen como característica común que son aprendidos y por tanto modificables a lo largo de toda la vida. Todo depende del contexto y de los factores personales, interpersonales, ambientales, institucionales, de las políticas públicas, ambiente físico y social. Sin embargo, si un individuo adopta (buenas) conductas saludables, pero su ambiente o contexto no es propicio, de poco le servirá su buena disposición, pues esto no le garantiza una salud favorable.

Como puede observarse el campo biomédico se apropió del concepto estilos de vida utilizado inicialmente por las ciencias sociales pero despojándolo de los procesos sociales o culturales que contemplaba el concepto y utilizó el concepto de estilos de vida para describir rasgos específicos y comportamientos relacionados con determinadas enfermedades crónico-degenerativas, más tarde con las de violencia y adicciones (Menéndez, 1998). Si bien el concepto hablaba de factores de orden humano no considero en aislado el comportamiento personal o atribuir a los individuos la responsabilidad de su salud.

Si bien este concepto incluye la intencionalidad, no reduce la capacidad de elección sólo al comportamiento personal. La perspectiva biomédica al apropiarse del concepto

tendrá a trabajar explícita o implícitamente con la noción de que el sujeto puede elegir y actuar en términos intencionales y “responsables” (Menéndez, 1998).

Para que la visión de estilos de vida pueda cumplir con estas tareas es necesario movilizar mayores recursos financieros para impulsar las políticas de salud, programas de salud, de preferencia recursos públicos; modernizar y ampliar la infraestructura sanitaria y dejar a un lado un tipo de política que obedece a lineamientos de los organismos financieros internacionales. La visión de estilos de vida, en promoción de la salud, se ha orientado a la modificación de comportamientos en los individuos, podemos ver que a partir del informe Lalonde se concibe a la salud a partir de cuatro elementos; biología humana, estilos de vida, ambientes saludables y organización de los sistemas de salud, dándole mayor importancia al elemento de estilos de vida.

Castro (1986) señala que esta visión ha subordinado el bienestar al ámbito de las relaciones de mercado, en donde la salud se ha convertido en una mercancía, fomenta el consumo de estilos de vida saludable, así el estilo de vida se convierte en un objeto de cambio, en donde los individuos tienen que luchar por conseguir una alimentación sana, disfrutar el ejercicio, compra de vestidos especializados. Los estilos de vida han generado una población altamente consumista en servicios de salud, eliminando o disminuyendo con ello la responsabilidad que tiene el Estado para proporcionar los servicios de salud a toda la población.

### 3. 4. Propuesta emancipatoria

La presentación de la visión emancipatoria de promoción de la salud ha sido planteada desde un paradigma de las ciencias sociales y con una perspectiva humanista. La propuesta emancipatoria busca estudiar e incorporar a la promoción de la salud el actuar reflexivo y por lo tanto llegar a la emancipación de los sujetos; el centro de la misma es el sujeto cognoscente.

Dicha propuesta se fundamenta en la teoría de Pierre Bourdieu (1991) fue uno de los sociólogos más relevantes de la segunda mitad del siglo XX. Sus ideas son de gran relevancia tanto en teoría social como en sociología empírica, especialmente en la sociología de la cultura, de la educación y de los estilos de vida. Su teoría destaca por ser un intento de superar la dualidad tradicional en sociología entre las estructuras sociales y el objetivismo ("fiscalismo") por un lado, frente a la acción social y el subjetivismo (hermeneútica), por otro lado. Para esto, Bourdieu desarrolla dos conceptos, el *habitus* y el campo, y resignifica uno ya establecido, el capital.

Bourdieu (1989) establece un puente analítico entre la esfera más abstracta de la cultura.- una suerte de código referencial que orienta la conducta- y los comportamientos individuales. Así, el *habitus* es:

"El sistema de disposiciones duraderas y transferibles (que funcionan) como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a sufrir sin suponer la búsqueda consciente de fines y el

dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos [...] sin ser producto de obediencia a reglas". (Bourdieu, 1991).

Podemos entonces entender el concepto de *habitus* como: las formas de obrar, pensar y sentir que están originadas por la posición que una persona ocupa en la estructura social. Otro concepto es el "campo", es el espacio social que se crea en torno a la valoración de hechos sociales tales como el arte, la ciencia, la religión y la política. Estos capitales, aparte del capital económico, están formados por el capital cultural, el capital social, y por cualquier tipo de capital que sea percibido como "natural", forma ésta del capital que denomina capital simbólico. Los agentes, con el *habitus* que es propio dada su posición social, y con los recursos de que disponen, "juegan" en los distintos campos sociales, y en este juego contribuyen a reproducir y transformar la estructura social.

Es a partir de la observación de las prácticas de salud oficiales y en algunos casos a la opinión que se tiene sobre el desempeño del personal de salud (actores) en sus respectivos espacios (campos) de trabajo en donde hay una lucha de poderes fundamentada principalmente por el "conocimiento" (científico o reconocido) que en este caso lo posee el médico (a), la enfermera (o), trabajador (a) social, y se siente que está por encima (hablando de niveles) del paciente (catalogado muchas veces como "ignorante") que se caracteriza por ser un objeto pasivo (muchas de las veces) y no un sujeto analítico y reflexivo, lo que le facilita la relación médico-paciente. Y siguiendo este modelo médico hegemónico la promoción de la salud está llena de discursos manipuladores.

Continuando con la línea institucional y sobre la definición de salud que tiene cuenta de algunas características del ser humano, aparentemente divididas en dos dimensiones, ambas juegan un papel de interrelación, es decir, una no existe sin la otra. La primera dimensión es la biológica constituida básicamente por el cuerpo físico con características específicas que hacen posible ciertas capacidades, como el caminar erguidos, elabora herramientas y utilizarlas, el usar su imaginación y raciocinio. La otra dimensión es precisamente la que le permite nombrar las cosas y darles un significado pues tiene conciencia de sí mismo y del mundo que le rodea, lo que le permite guardar experiencias para aprender de ellas reflexionando en su presente y después poder construir futuros viables, es así que ambas dimensiones van de la mano.

Es precisamente que todo ser humano tenemos la capacidad de soñar e imaginar nuevos escenarios, evidentemente diferentes (y no positivos necesariamente, entra lo subjetivo de cada humano, por ejemplo, quizá el pobre anhele ser rico para mejorar su situación económica, y para el rico tener esa posición represente un problema el serlo y quizá desee no tener dinero) de manera que se vea beneficiado ante un problema, una necesidad o satisfacción de condiciones de vida. Por lo que con o sin conocimiento de causa el ser humano busca adoptar el entorno en el que vive para lograr y/o alcanzar lo anhelado y para llegar a esto hace uso de ciertos recursos personales, éstas son las capacidades humanas basadas en las capacidades de Bourdieu (1991). Éstas son precisamente las que hacen posible que todo sujeto individual y colectivo alcance esas metas y deseos en sus futuros previamente planeados y/o contruidos, lo que lleva a una completa satisfacción al sujeto y por ende a niveles altos de salud.

Estas capacidades humanas son la del razonamiento (sapiens), de imaginar (ludens), de motivación o apasionamiento (erótica), de trabajo (faber), la de toma de decisiones (política), y la de uso de los recursos para el logro de proyectos, la capacidad económica.

Sin embargo, para que el sujeto logre sus aspiraciones de acuerdo con la propuesta de Ottawa es indispensable que todo ser humano o colectividad sea reconocido por sí mismo y cuente con información y elementos que le ayuden a ubicarse y comprender su contexto para así poder mirar su pasado reflexionando sobre ello y trasladarlo al presente para comprenderlo y/o modificarlo (si es necesario) entender y aceptarlo y limitaciones, sin que ello lo lleve a una frustración equivocada.

De acuerdo a Chapela (2007), la salud es la capacidad corporeizada de inventar futuros y alcanzarlos.

Con la definición anterior se puede entender que la salud no se concibe si no consideramos el cuerpo como base fundamental del sujeto en el cual y/o con el cual corporeiza todo aprendizaje, conocimientos, vivencias, experiencias, emociones dándoles un significado (simbólico) y que estarán presentes en toda su vida, de los cuales representan y determinarán su trayectoria de vida y más aún manejando situaciones estructurales que no se corporeizaron pero que intervienen en su ciclo de vida, luego entonces, dependerá de él volver al pasado para modificar y/o entender (si fuera el caso) alguna experiencia que le haya dejado huella profunda (toda experiencia la deja y es importante por sí misma, pero hay una o unas que signifiquen en mayor

grado) aclarando que ésta puede ser tanto favorable o no. Por lo tanto, depende de cada persona en qué medida ejerce una o todas sus capacidades humanas en el presente para imaginar y alcanzar futuros deseados en su contexto.

Entendiendo la salud como la capacidad corporeizada de inventar futuros y alcanzarlos, considerando con qué capitales se cuenta, entendiendo dichos capitales como los bienes materiales o simbólicos que poseen los agentes (o actores) y que pueden utilizar como recurso en el juego de reproducción de significados (Bourdieu, 1991); ya que tanto los capitales y el ejercicio de las capacidades humanas van a decir cómo y qué está limitando la salud y por ende problemas de salud.

Cabe aclarar que los obstáculos o impedimentos que se presentan para alcanzar proyectos, pueden ser externos e internos, qué pasa, por ejemplo, si una persona está desnutrida desde su infancia debido a la pobreza de su familia, si no fue atendida adecuadamente de alguna enfermedad y esto claro que repercute en su estado actual, lo que le implicará en gran medida conjugarse para esa mirada al pasado e imaginar y alcanzar los futuros deseados; en medida de esto nombramos cuál es el nivel de salud de un sujeto o colectividad, por el primero entendemos que dichos obstáculos no son controlables no están en las manos de las personas modificarlos o cambiarlos, éstos pueden ser la pobreza, el desempleo violencia, falta de espacios recreativos, educativos, culturales, autoritarismo, etcétera. Los segundos son meramente internos que tienen que ver con las capacidades (sapiens, ludens, faber, erótica, política y económica) con cuántos cuenta y en qué medida los mantiene firmes o bien cómo adquirirlos.

Y es precisamente lo que la promoción de la salud emancipatoria propone que todo individuo o colectividad sea un sujeto que ejerza sus capacidades humanas haciendo uso, o bien los obtenga, de todos sus capitales dentro del contexto y de su vida personal con lo que conlleva valores, prejuicios, sueños, etcétera, y realmente imagine futuros deseados y no limitarse a lo que el otro y Otro (discursos institucionales de dominación) le impongan, de sometimiento, por lo que el sujeto debe ser firme, reflexivo, autónomo, crítico, analítico y por ende libre que lo que se puede lograr con la promoción de la salud emancipatoria basada en una pedagogía de autoconstrucción y de autodesarrollo (Chapela, 2001).

Hablando del Otro puedo mencionar como ejemplo a la Iglesia, escuela, familia, instituciones de salud y a todo aquello que acompaña y/o respaldado por la globalización, mercadotecnia, aculturación, consumismo que juegan un papel importante en la formación de los individuos, principalmente los niños, adolescentes y jóvenes quienes son invadidos y manipulados en su formación presentándoles estereotipos y estatus a seguir que muchas de las veces caen en superficialidades y egocentrismos.

Es importante aclarar que la propuesta emancipatoria de promoción de la salud se basa, como ya se mencionó, en diferentes conceptos y planteamientos de autores destacados como Bourdieu y sus capitales. Por otro lado involucra conceptos como son las prácticas pedagógicas que se mencionan en la promoción de salud emancipatoria retomadas de la Educación Popular planteada por Paulo Freire (1970), en su trabajo de Pedagogía del oprimido. El origen de la educación popular se dio a partir del interés que

Freire tenía por los adultos en Brasil y urgentemente solicitada, inició en 1947 ya que la forma y el método tradicional de enseñanza-alfabetización le parecen insuficientes, ya que sólo consideraba la educación como una manera de someter y “domesticar” al hombre no permitiéndole ser libre (Barreiro, 1977). Freire trabajó con campesinos de varios lugares de Brasil obteniendo resultados extraordinarios en los grupos formados llamados “Círculos de Cultura”, donde aprendían de manera rápida en menos de 45 días a leer y escribir, lo que asombró a toda la opinión pública los avances verdaderamente revolucionarios; que evidentemente no eran del agrado de las clases dominantes ya que no iban a tolerar la transformación de una sociedad pasiva, manejable y sometida; y ante el asombró se percibía una sociedad fuerte, analítica y crítica que no estaría más dispuesta a ser sometida.

Freire (1977) argumenta que: “el hombre fue creado para comunicarse con los otros hombres” y debe contar y ejercer “la educación como práctica de la libertad” es así como “la educación es un acto de amor, de coraje; es una práctica de la libertad dirigida hacia la realidad, a la que no teme; más bien busca transformarla, por solidaridad, por espíritu fraternal”. Por lo que su lucha es por y para los sujetos pasivos para modificar su pensamiento y poder alcanzar y lograr ser sujetos libres que transformen el mundo como sujetos emancipados.

Este marco metodológico permite construir una propuesta en torno a cómo entender y desarrollar las prácticas de promoción de la salud emancipatoria teniendo como base la educación popular donde se pueda expresar, dialogar y compartir vivencias y experiencias de manera que se aprenda del mismo hecho en una acción

transformadora (Freire, 1977) aprende el que comparte y el que escucha. Se convierte en momentos de reflexión que pueden adquirir otro significado, se dan momentos de intercambio de conocimientos, pensamientos y emociones exponiendo necesidades y deseos, de tal manera que se incide en proyectar futuros para alcanzar beneficios individuales y/o colectivos para dejar de ser objetos manipulados y sometidos por los otros.

El trabajo de promover la salud está basado en una pedagogía de autoconstrucción, de autoconocimiento. El promotor de la salud no empodera, no da poder sino genera las condiciones que faciliten el fortalecimiento del otro. De la misma manera el promotor de la salud no emancipa, genera las condiciones para que el otro tome consciencia de los discursos de dominación que ha corporeizado en su historia y que lo influyen en la formulación de sus proyectos. El promotor trabaja facilitando los procesos, primero de manera importante e intensiva y posteriormente de forma más marginal, en la medida en la que los sujetos con los que trabaja van desarrollando sus capacidades, hasta que su trabajo se vuelva innecesario (Chapela citado en García, 2008).

El promotor de salud no debe olvidar que primero se tiene que ver y sentir sujeto con pensamientos y puntos de vista individuales (subjetividad) producto de sus contextos culturales, sociales e históricos, por lo que debe tener presente en todo momento y mantener un continuo diálogo y reflexión interna de manera que no se pierda en tareas o actividades innecesarias al trabajar con un sujeto o colectividad, aceptándose así mismo y al otro para respetarse en todo momento y tomar decisiones por los otros, es decir, no imponer su voluntad.

Desde esta visión no se habla de la enfermedad, se habla de la salud y más aún de niveles de salud en función al ejercicio de las capacidades humanas de los sujetos, la enfermedad puede ser algo secundario, lo esencial es que la promoción de la salud emancipatoria propicia las condiciones para que los sujetos individuales y colectivos puedan construir un proyecto de vida a partir de procesos de autoconstrucción.

## **CAPÍTULO 4**

### **Antecedentes históricos del área de estudio**

En este capítulo se presenta una breve reseña de la delegación Iztapalapa la cual resalta los componentes sociales, políticos y económicos de su población, dicha información se obtuvo del Archivo Histórico de Iztapalapa que se encuentra en la Plaza Cuitláhuac en el centro de dicha delegación.

#### **4. 1. Delegación de Iztapalapa**

Actualmente la Delegación Iztapalapa está ubicada al oriente del Distrito Federal, presenta una posición geográfica importante, ya que es el punto de entrada y salida hacia el oriente y sureste del país, además de ser limítrofe con el Estado de México, lo que genera una interrelación de servicios, equipamiento, transporte y actividad económica cotidiana con los municipios de Nezahualcóyotl, Los Reyes-La Paz y Chalco Solidaridad, los que representan una población cercana a los tres millones de habitantes.

Con respecto al Distrito Federal, la colindancia al poniente con delegaciones netamente urbanas como son Iztacalco, Benito Juárez y Coyoacán, permiten una continuidad de servicios, equipamiento y una red vial fluida, no así con las delegaciones de Tláhuac y Xochimilco en la que si bien los servicios están interrelacionados, la estructura vial es escasa y deficiente.

Los servicios de carácter regional comercial más importante de la delegación es la central de abastos.

Con lo que respecta a las instituciones de educación media superior y superior son las siguientes:

Preparatoria 'Iztapalapa 1' del Instituto de Educación Media Superior del D.F.

Preparatoria 'Benito Juárez' del Instituto de Educación Media Superior del D.F.

Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Oriente (CCH-O) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos 7 "Cuauhtémoc" (CECyT "Voca" 7) del Instituto Politécnico Nacional (IPN).

Colegio de Bachilleres Plantel No.6 "Vicente Guerrero".

Colegio de Bachilleres Plantel No.7 "Iztapalapa".

Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicios No. 53 (CETIS).

Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicios No. 50 (CETIS).

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) Casa Libertad y San Lorenzo.

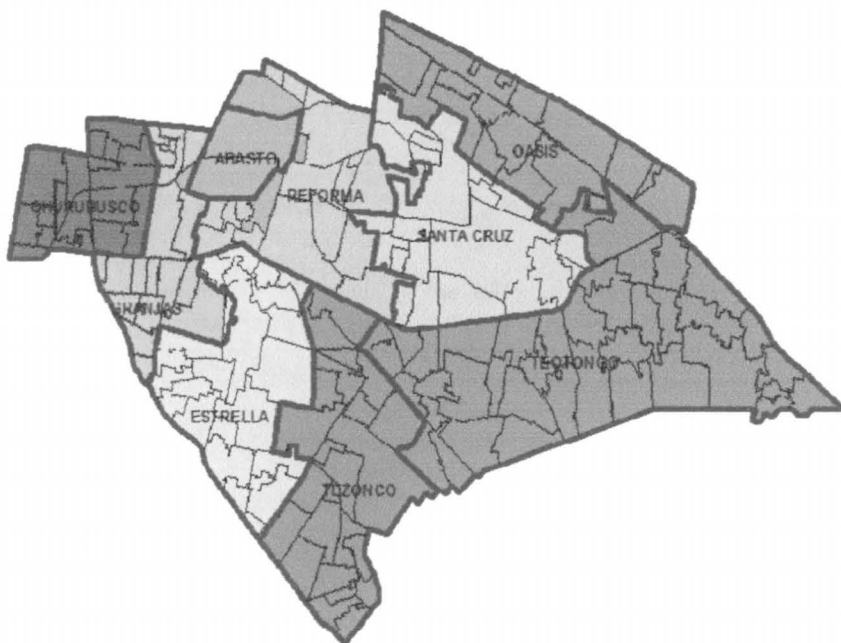
Tezonco. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa (UAM-I).

Los pobladores de dicha delegación generan un gran número de viajes diarios a la misma y un importante flujo de población flotante, que se apoya en cuanto a vialidad en importantes avenidas que la comunican, éstas son: Anillo Periférico arco oriente,

Circuito Interior, Calzada Ermita Iztapalapa y Calzada Ignacio Zaragoza, además de contar con 11 ejes viales y 2 líneas del metro.

Administrativamente, la delegación de Iztapalapa se encuentra dividida en 9 coordinaciones territoriales, que a su vez se subdividen en unidades territoriales. Dado el tamaño tanto en superficie como en población de Iztapalapa, se divide administrativamente en nueve coordinaciones territoriales de seguridad pública, que se subdividen a su vez en unidades territoriales, como puede apreciarse en el siguiente mapa.

#### **División administrativa por coordinación y unidad territorial**



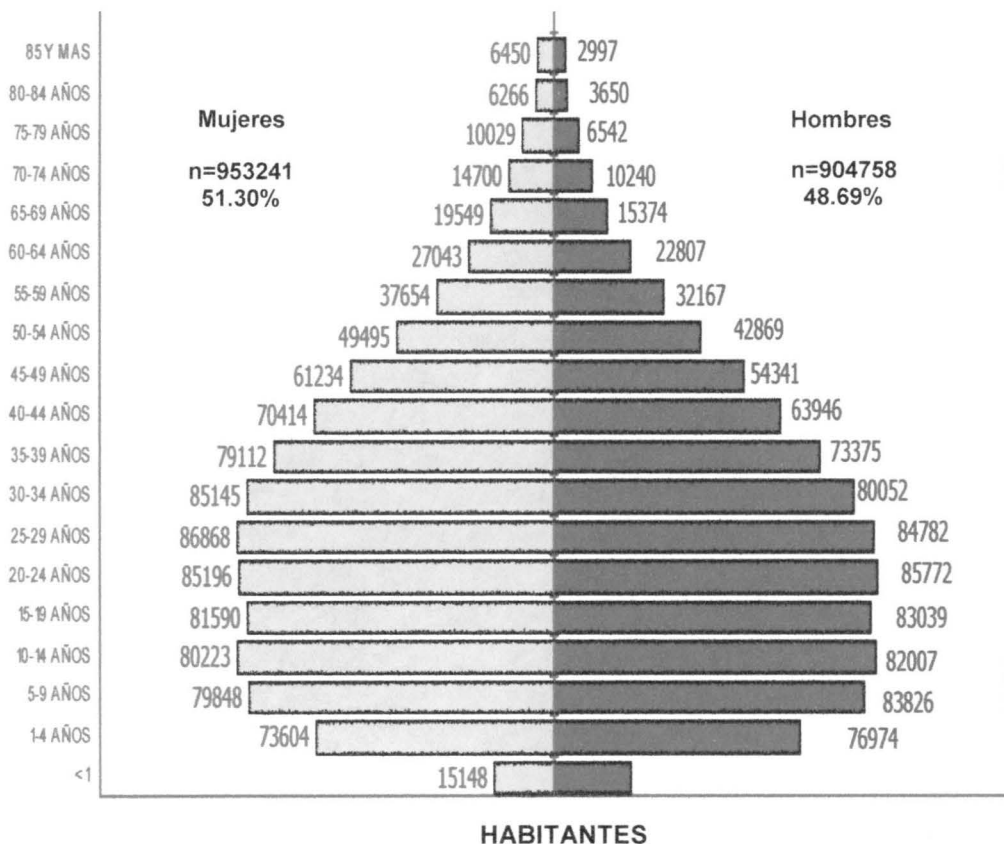
Fuente: [www.iztapalapa.gob.mx](http://www.iztapalapa.gob.mx)

## 4. 2. Composición de la población

La base de la pirámide poblacional de Iztapalapa presenta diferencias con respecto del Distrito Federal, ya que Iztapalapa tiene una mayor cantidad de hombres entre los 0 y 29 años y de mujeres entre los 0 y los 34 años; lo que representa una población en general más joven en Iztapalapa que en el Distrito Federal. Esta delegación en su conjunto tiene una población de un millón 820 mil habitantes, aspecto que se considerará en la estructura de los programas de salud, en donde gran parte de los mismos van dirigidos a la población joven.

Considerando el porcentaje de población con 24 años o menos encontramos que es al oriente de la delegación donde se concentra el mayor porcentaje: entre 50% y 60%, es decir uno de cada dos habitantes de la delegación tiene 24 años o menos. Datos que se representan en la siguiente pirámide poblacional:

### Pirámide Poblacional Iztapalapa, 2008



**N= 1,857999**

FUENTE: CONAPO, 2008

El crecimiento demográfico de la Delegación representa una muy alta proporción del incremento total de población del Distrito Federal. En la década 1970-1980, correspondió al 54.3% del crecimiento del D.F. En la década 1980-1990, la Delegación tuvo un crecimiento de 341,088 habitantes, superior en 1.6 veces al crecimiento total del Distrito Federal, indicando que Iztapalapa fue asiento de numerosas familias que abandonaron las delegaciones centrales y destino de familias procedentes de otras entidades federativas (INEGI, 2008).

### **4. 3. Aspectos Sociales**

#### **4. 3. 1. Proceso de urbanización**

El crecimiento de la población de Iztapalapa ha traído graves consecuencias para todos sus habitantes desde casi tres décadas ininterrumpidas. En este periodo han surgido muchas organizaciones populares que reclaman la dotación de servicios urbanos en zonas de reciente ocupación; y desde fines de los años setenta, Iztapalapa es sede de varios grupos populares independientes (Unión de Colonos de San Miguel Teotongo, colonias Ricardo Flores Magón y Emiliano Zapata, Asociación Democrática de Colonos de Iztlahuacán, Ampliación Santiago Acahualtepec, San José Aculco, Comuna de Santo Domingo, Guayamilpas y Unión Popular de Colonos. Parte del campamento 2 de octubre se ubica también en esta delegación. La mayoría de las organizaciones autónomas enlistadas está integrada a la regional de la Coordinadora Nacional del Movimiento Urbano Popular (Conamup) en su zonal oriente (Centro de Estudios Demográficos, 1987).

La crisis se agudizó tras el terremoto del 19 de septiembre de 1985, cuando el Departamento del Distrito Federal decidió reubicar a los damnificados en unidades habitacionales de la periferia. Entonces la Ciudad de México y en especial la delegación Iztapalapa se urbanizaron en gran medida por la migración ya sea de personas provenientes de provincia, de estados como Oaxaca y el Estado de México. A partir de entonces, Iztapalapa ha sufrido desabasto de agua, problemas de transporte, una carente calidad en los servicios educativos y una depauperación visible.

La población inmigrante se ha asentado en su mayoría al sur oriente de la Delegación, es decir, en las faldas de la Sierra de Santa Catarina, ocupando terrenos sin vocación para usos urbanos.

#### **4. 3. 2. Seguridad pública y violencia**

En México el problema de la inseguridad ha adquirido especial relevancia y se agrava por el deterioro cada vez más agudo del nivel de vida de la población y el incremento de los niveles de hacinamiento urbanos. Otra circunstancia es el desempleo, producto de las constantes crisis económicas que ha sufrido nuestro país. El aumento de la delincuencia y la criminalidad va en gran medida en función de las condiciones económicas que sufre el país, al grado de que cuando hay un decremento en el Producto Interno Bruto (PIB) hay un aumento en la delincuencia aproximadamente en la misma proporción y viceversa. Como lo sucedido en 1995, donde el PIB cae cerca de 6% y la criminalidad sube en un 13%. Cuando en las décadas anteriores a 1980, hubo

cierta estabilidad en cuanto al crecimiento de la delincuencia en relación con las crisis económicas (Santiago, 2004).

En el país es el Distrito Federal el que cuenta con la cifra más alta en delitos diarios. Esto conlleva que la cantidad diaria de delitos se vea relacionada con el número de pobladores que tiene. Siguiendo con este razonamiento, encontramos que Iztapalapa es la delegación más poblada del Distrito Federal. De acuerdo con la delegación, en 2010 se registraron cinco mil 995 casos de robos de vehículos, a transeúntes y en transporte público, además de homicidios dolosos y violación, mientras que durante 2009 hubo seis mil 338 registros ([www.eluniversal.com.mx](http://www.eluniversal.com.mx) consultada 04 de febrero 2011).

En la actualidad la delincuencia y la violencia social se han convertido en temas centrales de una sociedad, ya que la seguridad pública debería generar un ambiente viable que permita el ejercicio de actividades sociales y económicas de una comunidad, dando como resultado su desarrollo. Sin embargo, el constante crecimiento de la violencia trae consigo inestabilidad e incremento en la delincuencia.

Se puede determinar que la acción delincencional posee causas multifactoriales, desde crisis económicas, nivel de vida de la gente, ocio, desempleo, educación, vivienda y marginación, por mencionar algunas. Todos estos factores fomentan la vulnerabilidad psicosocial de las personas a cometer un delito. Sin embargo, esto no quiere decir que todas las personas que viven bajo este contexto sean criminales, ya que el ambiente

(en especial el violento) es el que hace propicio la reproducción de los actos delincuenciales.

La colonia Santa Martha Acatitla, se caracteriza por ser una zona de alto riesgo y presenta violencia familiar, es un fenómeno que en los últimos años ha tomado mayor importancia, al igual que la inseguridad debido al alto índice de delincuencia y hacinamiento.

Para el año 2010, se cometieron y denunciaron, en promedio, 82 delitos diarios, es decir, que en la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) se iniciaron 30 mil averiguaciones previas del fuero común durante ese periodo ([www.eluniversal.com.mx](http://www.eluniversal.com.mx) consultada 04 de febrero 2011).

La mayoría de las bandas son integradas por jóvenes de 14 a 25 años, y cada vez más se integran más jóvenes. De modo que al tener 20 años, ya tienen una experiencia de 7 a 8 años como delincuentes, lo que genera una especialización y profesionalización del crimen por parte de estas bandas delictivas. Se estima que dentro de la delegación Iztapalapa hay alrededor de 455 puntos de venta de droga al menudeo (PGR, 2007). Mismos que se encuentran relacionados con la operación de bandas delictivas de la demarcación.

#### **4. 4. Educación**

En el aspecto educativo la delegación Iztapalapa se estima que únicamente el 3.7% de la población mayor de 15 años es analfabeta. Sin embargo es prudente señalar que, el mayor porcentaje de analfabetismo del Distrito Federal se ubica en esta demarcación: 24% del total que significa que casi uno de cada 4 personas analfabetas vive en Iztapalapa (Arango, 2005).

La mayoría de las áreas geográficas (Ageb) del oriente de la delegación, es donde se encuentra el mayor porcentaje de población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela. En esas Ageb se llega hasta un 25 % de población en edad escolar sin asistencia a la escuela (INEGI, 2008).

Por lo que se refiere al nivel de instrucción básica de la población mayor de 15 años, Iztapalapa se encuentra ligeramente por arriba del promedio del Distrito Federal: con primaria y secundaria completa la delegación está 3% por encima del Distrito Federal (INEGI, 2008).

En cuanto a la educación superior Iztapalapa presenta un promedio ligeramente inferior al resto del Distrito Federal, esto es que mientras que en la delegación el 22% y el 12% cuentan con instrucción media superior y superior respectivamente, en el resto de la entidad es de 23% y 20% (Arango, 2005).

El análisis de los datos presentados se quedan cortos ante la vida diaria en la delegación cada día se pueden observar en los cruceros o en las calles a adolescentes y jóvenes que a temprana edad se incorporan al empleo informal (en mejor de los casos, en otros drogándose y/o delinquiriendo), efectivamente desertando del nivel básico de estudio y el motivo es para aportar ingresos a la familia.

#### **4. 5. Ocupación**

Con lo que respecta a la ocupación de la población iztapalapense según sexo es la siguiente: 20% de los hombres son artesanos y obreros, 16% comerciantes y dependientes, 10% operadores de transporte, 7% trabajadores en servicios personales, 6% oficinistas y poco más de 5% ayudantes peones y similares. Estas seis ocupaciones representan casi 65% de la población ocupada del sexo masculino de la delegación. El 35% restante se distribuye entre otras ocupaciones con menos de 5% cada una. Cabe señalar que los profesionistas (4.8%) y técnicos representan un poco más de 9%, en conjunto (INEGI, 2008).

De acuerdo con el análisis realizado por Santiago (2005), la ocupación habitual de las mujeres de la delegación tiene una distribución diferente: en primer lugar 20% son comerciantes y dependientes -esto es que uno de cada cinco hombres de la delegación es artesano y obrero mientras que una de cada cinco mujeres es comerciante y dependiente-. En segundo lugar lo constituyen las oficinistas en 17%, en tercera posición las trabajadoras en servicios personales en 9%, en cuarto las trabajadoras domésticas con más de 8%, luego siguen las artesanas y obreras con poco más del

7%. Cabe destacar que hay más mujeres educadoras que hombres en una proporción de 6% contra 1.8% respectivamente. Poco más del 10% de las mujeres son profesionistas.

La situación en el trabajo, tenemos que un poco más del 72% de la población ocupada de la delegación es empleada u obrera, o trabajador por su cuenta con casi el 22%; mientras que muy pocos son patrones. Aunque cabe señalar que el número de patrones hombres supera en poco más de 3 veces al de patrones mujeres. La relación es de 3.2 hombres por cada mujer cuya situación en el trabajo es la de patrón (Santiago, 2005).

#### **4. 6. Aspectos Económicos**

El DF es una entidad administrativa en la que residen los poderes de la Federación, lo cual le confiere su especificidad respecto al resto de las metrópolis en el país. Contiene una demarcación geográfica que colinda con otros municipios pertenecientes del Estado de México, Morelos e Hidalgo, con lo cual se constituye la zona metropolitana de la ciudad de México. La ciudad a la vez se subdivide en entidades administrativas delegacionales, que muestran perfiles económicos diversos. Por su dimensión poblacional y económica el DF corresponde más a una entidad federativa con la característica de que sus demarcaciones políticas, que podrían ser equivalentes a sus municipios, se encuentran conurbadas.

La entidad ofrece una serie de ventajas para el desarrollo económico de sus delegaciones. Ofrece de manera destacada, la más importante infraestructura del país en materia de transporte, comunicaciones, finanzas, servicios básicos de agua, electricidad y disposición de desechos industriales, lo que permite integrar a la economía de la región no sólo con el resto del país, sino principalmente con los circuitos externos. Por el lado de la demanda, se tiene un amplio mercado que se origina en sus funciones administrativas y por la atracción que se ejerce sobre población y empresas para radicarse en la ciudad. Por el lado de la oferta, se genera una provisión de servicios urbanos que a su vez favorecen las tendencias a la aglomeración económica. (Estrada, 2003).

La vida de la ciudad de México se ha alimentado del flujo migratorio que se ha venido dando entre el medio rural y el medio urbano. Por un lado, a consecuencia de presiones demográficas sobre los recursos naturales y la prolongada crisis del sector agropecuario, los factores de expulsión del medio rural han sido considerables. Por otro, la lógica altamente centralista del poder federal, así como las demandas de la sociedad urbana, han inducido que continuamente se canalicen recursos presupuestales para la satisfacción de las necesidades urbanas, reforzando los factores de atracción. De esta manera se configura una especie de círculo virtuoso en donde el centro metropolitano, hace crecer su población, lo que a su vez conduce a mayor demanda y gasto público para satisfacer la creciente demanda de servicios urbanos, reforzando los factores de desarrollo económico de sus delegaciones.

En 2008 la delegación Iztapalapa contó con un presupuesto nada despreciable: mil millones 588 mil 300 pesos ([www.eluniversal.com.mx](http://www.eluniversal.com.mx) consultada 04 de febrero 2011) pese a esto, el índice de desarrollo humano (IDH) de Iztapalapa (que es un coeficiente en el que se considera el acceso a la educación, la salud y el ingreso) es de 0.8359, que coloca a la delegación en el sitio 13 de 16 en el Distrito Federal. El IDH de la Ciudad de México es de 0.871, el más alto de México. La mayor parte de la población es de clase media baja y baja con pequeños sectores de clase media ubicados en las colonias Sinatel y otros menores.

En los últimos 30 años, ha sido la principal reserva territorial para el crecimiento urbano del DF; cumple una importante función en la redistribución de la población, y aloja una proporción muy significativa de la construcción de nuevas viviendas. Según información oficial delegacional, en los últimos años ha albergado a 83.7 por ciento del crecimiento de la capital y ha agotado su reserva de suelo urbanizable.

Los censos económicos reflejan la importancia de las manufacturas y del comercio. Los establecimientos comerciales representan 63 por ciento del total de empresas que ocupan 42 por ciento de la mano de obra y aportan 45 por ciento del valor agregado en términos reales.

En la actividad comercial del DF, Iztapalapa realiza 24 por ciento del comercio al mayoreo, ya que esta zona se especializa en este rubro, resultado indudablemente ligado con la presencia de la Central de Abasto y la Nueva Viga.

La Central de Abasto es el punto de encuentro entre productores, mayoristas, minoristas y consumidores de todo el país; diariamente acuden más de 250 mil personas a satisfacer los requerimientos de más de 20 millones de habitantes de la Zona Metropolitana.

Sólo el mercado de pescados y mariscos “La Nueva Viga” comercializa cerca 60 por ciento de producción nacional de pescado con escama, y 60 por ciento de moluscos y crustáceos.

De acuerdo con los datos anteriores puede entenderse lo que representa la delegación Iztapalapa desde el aspecto económico, político y social.

#### **4. 7. Aspectos Políticos**

Iztapalapa es una delegación del Distrito Federal. Con la supresión del régimen municipal en esta entidad federativa mexicana en 1929, las antiguas municipalidades desaparecieron. En 1994 se instauraron los Consejos Ciudadanos como órganos representativos de la población en las delegaciones políticas del Distrito Federal. El más amplio de ellos fue el de Iztapalapa, por ser la delegación más poblada, con 42 consejeros ciudadanos que representaban otras tantas áreas vecinales. El Consejo Ciudadano sólo funcionó durante tres años.

Sólo hasta el año 2000 los iztapalapenses eligieron por voto universal su primer jefe delegacional, puesto que antes eran nombrados por el regente del Departamento del

Distrito Federal, o entre 1994 y 2000, por el jefe de gobierno del DF. Las jefaturas delegacionales son renovadas cada tres años. A diferencia de los ayuntamientos, las jefaturas carecen de cabildos. En la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, Iztapalapa es representada por ocho diputados de mayoría relativa, todos ellos pertenecientes al Partido de la Revolución Democrática, que desde el año 1997 domina ampliamente las elecciones en esta delegación.

Con el propósito de mejorar la atención del gobierno delegacional en las diferentes zonas de la delegación, actualmente el territorio de Iztapalapa se encuentra dividida en siete direcciones territoriales. Éstas son Centro (Iztapalapa de Cuitláhuac), Aculco, Cabeza de Juárez, Ermita Zaragoza, San Lorenzo Tezonco, Paraje San Juan y Sierra de Santa Catarina. Cada una de ellas es atendida por un director territorial nombrado por el Jefe Delegacional.

Una vez presentados los datos de la delegación en donde se ubica el Centro de Salud en el que se realizó la investigación objeto de esta tesis, se expondrá la metodología seguida.

## **CAPÍTULO 5**

### **Metodología**

En este apartado se inicia con el planteamiento del problema como introducción al tema en cuestión. Se describe la metodología aplicada en los talleres realizados con el grupo de reflexión formado con los y las adolescentes detallando el tipo de estudio, las técnicas e instrumentos y el universo de trabajo.

#### **5. 1. Planteamiento del Problema**

Desde la pedagogía y psicología, la adolescencia es la etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto, el término denota el periodo desde el inicio de la pubertad hasta la madurez y suele empezar en torno a la edad de catorce años en los varones y de doce años en las mujeres. Aunque esta etapa de transición varía entre las diferentes culturas, en general se define como el periodo de tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente. Desde la sociología se trata de una construcción social que tiene referentes eminentemente culturales e históricos.

El pensamiento y actuar del adolescente es la evolución desde una persona dependiente hasta otra independiente, cuya identidad le permita relacionarse con otros de una manera crítica, analítica y autónoma. La aparición de problemas emocionales es muy frecuente entre los y las adolescentes.

Por otro lado la construcción social de la sexualidad, inmersa en el desarrollo de los seres humanos y en específico de los y las adolescentes es más que un conjunto de ideas y discursos, es una compleja estrategia de poder que constituye sujetos, disciplina, cuerpos, deseos, mandatos y organiza todas las relaciones sociales. En esta estrategia participa de manera determinante la desigualdad y la injusticia social, pues la pobreza y la inequidad de género se articulan de muy diversas maneras para producir un estado de vulnerabilidad social en grandes sectores de nuestra población (Sánchez, 1999).

Para entender la sexualidad en los adolescentes es necesario considerar que:

“la sexualidad está presente en todo el ciclo vital de los seres humanos, es una construcción sociocultural que tiene como base una condición biológica, se enmarca en un contexto histórico y tiene un sentido político. La sexualidad se estructura en la experiencia humana, incluye la afectividad, la subjetividad y la espiritualidad, sus finalidades son diversas y consideran el desarrollo, la comunicación y el fortalecimiento de vínculos con otras personas, el placer y la reproducción” Sánchez (1999).

Asimismo se genera y manifiesta tanto en el ámbito de lo individual como en la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto.

Hablando históricamente, después de la Segunda Guerra Mundial los profesionales del área clínica, empezaron a tener interés por los problemas de salud de los adolescentes, por lo que se dieron cambios importantes que estimularon la atención médica de los mismos. En Suecia, en 1956 se oficializó como obligatoria la educación sexual en todas las escuelas incluso en las universidades (Corona, 1986). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha sido pionera en abordar la salud de los adolescentes y los jóvenes en el contexto de su ambiente social y económico; en el XXXVI Consejo Directivo (1992), los Estados Miembros aprobaron el Plan de Acción sobre la Salud del Adolescente en las Américas (1998-2001), mediante el cual se instó a los gobiernos de la Región a establecer políticas y planes nacionales para promover la salud integral de los y las adolescentes; establecer vínculos de colaboración entre los organismos que se ocupan de la salud de este grupo de edad; fomentar la participación de los adolescentes en las actividades de promoción de la salud; e iniciar proyectos de colaboración entre diferentes sectores gubernamentales.

En México, los antecedentes de la educación sexual se remontan a los inicios del siglo XX. En 1912-13, la Universidad Popular Mexicana organiza ciclos de enseñanza sobre educación sexual, salud materna infantil y puericultura.

En la década de 1970 fue cuando realmente se dieron las condiciones para una discusión más abierta sobre sexualidad y se crean organizaciones no gubernamentales, de servicio en el área de la educación sexual, tales como la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES), fundada en 1972.

En México, la carencia de una seria y comprometida educación de la sexualidad ha perpetuado graves y serios problemas al nivel de salud aumentando así la presencia de infecciones, hay cerca de 225 mil personas con VIH, en el caso de los embarazos a temprana edad se estiman 450 mil nacimientos anuales en mujeres menores de 20 años y con respecto a las muertes maternas los casos son de 250 mil al año; éstos se han convertido en serios problemas de salud pública. A nivel social la desintegración familiar, violencia familiar, deserción escolar, etcétera, afectan principalmente a una proporción muy importante de habitantes constituida por los y las adolescentes.

La presente investigación se ubica en la colonia Santa Martha Acatitla, la cual se caracteriza por ser una zona de alto riesgo que presenta violencia familiar, un fenómeno que en los últimos años ha tomado mayor importancia, al igual que la inseguridad debido al alto índice de delincuencia y hacinamientos (Diagnóstico de Salud-CS, 2008).

Los y las adolescentes de Santa Martha Acatitla se ven limitados de instancias médicas y espacios donde sean escuchados y en donde puedan interactuar con otros jóvenes con la posibilidad de intercambiar experiencias y necesidades probablemente muy similares, nunca iguales.

Por lo anterior señalado surgen las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son las formas de brindar Educación Sexual a las y los adolescentes de 15 a 19 años de edad en el Centro de Salud T-III Maximiliano Ruíz Castañeda?

- ¿Qué tipo de prácticas de promoción de la salud en materia de Educación Sexual se llevan a cabo en el Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda?
- ¿Cómo perciben los adolescentes la educación sexual institucional otorgada por el personal de salud del C. S. T-III Maximiliano Ruiz Castañeda?

## **5. 2. Hipótesis**

Las prácticas de promoción de la salud en los Centros de Salud promueven una educación sexual culpabilizadora, recriminante y violenta, aspectos que limitan las capacidades humanas de los y las adolescentes, principalmente; la sapiens (pensar), la erótica (sentir) y la política (decidir).

## **5. 3. Tipo de estudio**

En esta investigación el tipo de estudio es descriptivo transversal. Se decidió hacer uso de la metodología cualitativa, ya que es un proceso en el cual se plantea el cómo recoger datos descriptivos, lo que me da la valiosa oportunidad de nombrar “palabras” y mirar “conductas”.

Una parte de esta investigación se conforma de metodología cuantitativa debido a que se hace uso de la estadística descriptiva para recabar información socio-demográfica. No obstante cabe aclarar que la mayor predominancia de enfoque es el de la

metodología cualitativa, por el tipo de estudio, ya que el objetivo que se plantea en dicha investigación es como bien lo define Álvarez-Gayou (2004), una “descripción densa”, una “comprensión experiencia” y “múltiples realidades”.

#### **5. 4. Técnicas e instrumentos para la recolección de información y universo de trabajo**

##### **a) Investigación documental**

La recopilación teórica se basó en fuentes documentales tanto bibliográficas como hemerográficas, así mismo se realizó investigación documental, consulta de archivos y algunos expedientes médicos.

##### **b) Investigación de campo**

**Observación no participante:** Se utilizó como instrumento la guía de observación, para mirar específicamente al grupo de adolescentes cuando acuden al servicio y cómo son atendidos por el personal de salud, cómo es la interacción, qué es lo que dicen en sus discursos explícita e implícitamente cuando son abordados, cuál es su comportamiento, actitudes, posturas, gestos, es decir, lo corporeizado. Lo obtenido se registró de manera sistemática.

Durante el proceso señalado observé de manera cuidadosa, para no ser notada con el propósito de que mi presencia no influyera en las formas de atención, por parte del personal de salud, a los y las adolescentes. El objetivo era identificar comportamientos cotidianos de todos los sujetos de la investigación en su ambiente natural sin la

presencia de variables extrañas. En un principio, esto me permitió tomar nota de las actitudes y posturas corporales que los adolescentes tienen cuando se acercan al centro de salud.

Después de los primeros cuatro días consecutivos en el centro de salud, el personal empezó a notar mi presencia, por lo que procedieron a indagar el motivo de mi presencia y en automático cambiaron su forma de actuar dando un trato mejor a los pacientes, no tardaron mucho en darse cuenta y confirmar que mi presencia era con motivo de un trabajo de investigación escolar, lo que entendieron como algo favorable para su lugar de trabajo y desde luego que harían todo lo posible por mostrar algo positivo del centro de salud.

**Encuesta:** Esta técnica se utilizó como instrumento el cuestionario con el fin de recabar datos socio-demográficos de los y las adolescentes así como información de los conocimientos obtenidos en el centro de salud con respecto a la salud sexual y reproductiva.

**Entrevistas semi-estructuradas:** Están basadas en una guía de entrevistas como instrumento aplicado directamente a los y las adolescentes, de tal manera que permite que ellos respondan a su manera y con su propia perspectiva de las cosas. En todo momento del proceso se adopta una postura abierta y pendiente de todos los mínimos y máximos detalles de información verbal y corporal (registrados en el diario de campo) que pueden ser relevantes y que den entrada a puntos clave en las conversaciones; sin

dejar de lado la parte objetiva mostrándose en todo momento sensible y flexible en el proceso.

Grupos de reflexión: Son también llamados grupos de enfoque. Consiste en la formación de un grupo de adolescentes que interactúan conversando en torno a su concepto de educación sexual y compartiendo experiencias de trato que han recibido por parte del personal de salud cuando acuden al centro de salud T-III Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda, ya sea a consulta médica, de planificación familiar y/o a solicitar métodos anticonceptivos (de manera informal) e información de salud sexual.

## **5. 5. Universo de trabajo**

Un grupo de adolescentes (mujeres y hombres) de acuerdo con una muestra probabilística que oscilan entre los 15 y 19 años de edad y personal médico, de enfermería, trabajo social y administrativos del Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda.

## **5. 6. Muestra**

De acuerdo con los criterios de selección, no todos los sujetos tenían la misma posibilidad de ser seleccionados para los objetivos del estudio, por esto el tipo de muestra es **no probabilístico**, lo cual implica que los criterios de selección pueden parecer arbitrarios y un tanto informales (Sampieri, 2002). En este sentido se optó por la **muestra de sujetos voluntarios**. En la investigación cualitativa no interesa la cantidad

de los sujetos sino los datos cualitativos que los mismos pueden aportar para el estudio, así los voluntarios fueron 60 adolescentes entre 15 y 19 años que habían solicitado los servicios relacionados con educación sexual en el Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda durante enero a octubre de 2010 .

La elección de una muestra dirigida obedece a las condiciones de la investigación, se determinó este tipo de muestra por las dificultades que generó la entrada como investigadora a los centros de salud y la resistencia que genera en las autoridades a cargo de las instituciones para conocer la opinión de los usuarios respecto de los servicios de salud. La determinación del número de sujetos entrevistados se realizó a partir de la metodología de saturación discursiva, lo cual implica un agotamiento en la obtención de datos, en donde se rescatan significaciones extremas de la población entrevistada, así desde los discursos de los sujetos se analizan los elementos más importantes para dar respuesta a los objetivos de la investigación.

### **5. 7. Criterios de selección**

Los criterios de selección fueron que los y las adolescentes tuvieran entre 15 y 19 años que vivieran en Santa Martha Acatitla, colonia del área de influencia del centro de salud que fueran personas que habían asistido por primera vez o de manera subsecuente a servicios de educación sexual los cuales podían ser; asesoría, consejería, planificación familiar o control de embarazo durante enero a octubre de 2010. Se sabe que el muestreo no probabilístico no impide que los resultados obtenidos en la unidad de observación seleccionada (Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda)

puedan generalizarse a todos los centros de salud del país. Sin embargo, intenta evidenciar una práctica en salud que tiene elementos estructurales y que por lo tanto puede mostrar los elementos más relevantes para el análisis de los resultados.

## **5. 8. Procedimiento (Descripción del trabajo con el grupo de reflexión)**

### **Marco metodológico de los talleres**

La presente investigación cualitativa parte del objetivo de identificar y analizar el modelo médico-hegemónico de la educación sexual y las prácticas de promoción de la salud efectuada en la atención a los y las adolescentes ente 15 y 19 años de edad que viven en el pueblo de Santa Martha Acatitla colonia del área de influencia del Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda.

Así los resultados de la investigación permiten identificar las prácticas del personal de salud en torno a la educación sexual y reproductiva de los y las adolescentes para conocer si ejercen o no sus capacidades humanas a partir de la forma en que se concibe la promoción de la salud sexual en las instituciones de salud. La ruta metodológica para dar respuesta a las preguntas de investigación parte de la observación no participante como instrumento para mirar específicamente a los y las adolescentes cuando estos acuden al Centro de Salud y saber cómo y cuál es su interacción con el personal de salud.

La conformación de un grupo de reflexión consiste en la formación de un grupo de adolescentes que interactúan conversando, reflexionando en torno a su concepto de educación sexual; compartiendo experiencias respecto al trato que han recibido por parte del personal de salud; las formas en que se decide sobre el método de anticoncepción; la percepción sobre los servicios de salud y su visión respecto a las prácticas educativas de sexualidad y salud reproductiva.

Se diseñaron y aplicaron seis talleres para obtener información y dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas en el presente trabajo. Los propósitos de todos los talleres se enfocaron a indagar sobre la forma que el personal de salud brinda educación sexual a los y las adolescentes y como ésta afecta el ejercicio de sus capacidades humanas. Se llevaron a cabo dinámicas que favorecieron la sensibilización y participación de los y las adolescentes.

Las herramientas didácticas son los instrumentos prácticos que facilitan el aprendizaje y ayudan a que se logren los objetivos propuestos fomentando la reflexión, en el grupo mismo y en la comprensión de los contenidos, mediante un proceso educativo de adolescente a adolescente en un espacio pedagógico que favorece la curiosidad, creatividad, resolución y decisión de incluir y ampliar su contexto individual y colectivo. En torno a los temas abordados se efectuaron plenarias en conjunto, discusiones grupales, medios audiovisuales, mesas de discusión, intercambio de saberes, realización de lecturas, medios por los cuales los y las adolescentes construyen conocimiento que resignifiquen a partir de lo deconstruido.

En conclusión, el propósito de este trabajo es saber sobre las prácticas de promoción de salud operadas en el centro de salud y poder reflexionar sobre las estrategias educativas, a partir de escuchar a los y las adolescentes sus experiencias cuando asisten al centro de salud en su proceso de búsqueda de educación sexual.

## **Difusión e Información**

Inicialmente se solicitó autorización al director jurisdiccional de Iztapalapa para la formación de un grupo de reflexión, talleres periódicos con actividades relacionadas al tema de sexualidad y salud reproductiva; especificando que el propósito era elaborar mi trabajo de tesis. Recibí dicha autorización con todo el apoyo para ingresar al centro de salud y poder dirigirme con el director de la unidad médica, el director del centro de salud, el cual me brindó el apoyo para la realización del proyecto y dispuso informar al resto del personal sobre mi participación, sin embargo, faltó disposición del personal de salud, principalmente trabajo social que se mostró distante, negando el acompañamiento pese a que soy parte del personal de salud. Esto al principio generó un obstáculo al trabajo de investigación debido a que el servicio y personal de trabajo social es el vínculo principal (institucionalmente hablando) para captar a la población y usuarios que acuden al centro de salud, por lo que el proceso de acercamiento específicamente con los y las adolescentes, fue más tardado de lo programado, y se realizó fuera del horario de trabajo lo que implicó el hacer ciertas actividades de acercamiento y captación de los y las adolescentes para que se interesaran en participar en el proyecto de investigación.

Por otro lado, sí hubo personal como el de enfermería, administración y médico que no tuvo inconveniente en participar y dar entrevistas para el proyecto de investigación.

Se organizó una sesión informativa dirigida al personal directivo del centro de salud con la finalidad de presentar el proyecto de investigación de promoción de la salud, informar sobre las principales necesidades en salud sexual y reproductiva que presenta los y las adolescentes. Establecer con el personal compromisos para su participación en la promoción e intervención.

Como segundo paso se diseñó material de promoción para los talleres (carteles, mantas, trípticos, invitaciones personales, etcétera) como parte de la estrategia de difusión a la comunidad, informando la próxima formación de un "grupo de adolescentes" sobre educación sexual y reproductiva. Se promocionó entre los grupos ya formados en el Centro de Salud (Hipertensos, Manualidades, Diabéticos, Club familiar), la importancia de este proyecto y se les invitó a integrar a los y las adolescentes de casa y a sus conocidos a formar parte de él.

Las sesiones educativas iniciaron el día 02 de junio de 2010, teniendo como sede el aula de usos múltiples del Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda. Se programó realizar 6 sesiones educativas, una por semana, en horario elegido por los y las adolescentes con duración máxima de una hora y media por sesión; enfocadas a escuchar a los y las adolescentes sobre sus experiencias cuando asisten al centro de salud en su proceso de búsqueda de educación sexual. Se realizó a cada uno de los y

las adolescentes un cuestionario de valoración al final de las sesiones sobre lo reflexionado durante el taller y su contenido.

### **Formación del grupo:**

**Grupo:** conformado por 10 adolescentes.

- Sesiones: Aula de Enseñanza del Centro de Salud “Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda”.
- Tiempo estimado: 60-90 minutos por sesión; de los cuales 20 corresponden al desarrollo de temas y el resto a realización de dinámicas grupales.
- Periodicidad: 1 sesión por semana.
- Coordinador: 1 por sesión.
- Observadores: 1 a 2 por sesión.
- Recursos: Pizarrón, gises, hojas blancas, marcadores de agua, televisión, video casetera, videos educativos, proyector de acetatos, transparencias, trípticos, computadora, proyector de computadora, pantalla para proyección, entre otros.

Para llevar a cabo las actividades antes mencionadas se debe contar con una carta descriptiva por sesión educativa, que sirva como guía al responsable de cada una de ellas; con la finalidad de establecer antes de cada sesión, objetivos específicos de actividades didácticas útiles para lograr “reflexiones” y “descubrimientos” generados a partir de aprendizajes y de experiencias compartidas por cada participante del grupo, ya

que retomando la pedagogía de Freire éstos descubrimientos tienen que ver con la posibilidad de compartir y construir de forma colectiva el proceso del aprendizaje. A continuación se muestra cada una de ellas.

## Sesiones

### Sesión uno

**Fecha:** 02 de junio de 2010.

**Hora:** 11:00 a 12:30 horas.

**Responsable:** Promotora de salud.

#### **Temas:**

- Objetivos de los talleres.
- Concepto de adolescencia y de salud.
- Educación sexual.

#### **Contenido programático:**

1. Bienvenida a los participantes y presentación.
2. Presentación de la metodología de investigación.
3. Establecimiento de acuerdos y compromisos de las sesiones.
4. Expectativas iniciales del grupo participante
5. Dinámica para romper tensión.
6. Evaluación escrita inicial.
7. Cierre de sesión.

#### **Desarrollo de actividades:**

1. Descripción: Presentación del Director del centro de salud y personal responsable de cada servicio y de la promotora de salud.

Técnica: Expositiva.

2. Objetivo: Dar a conocer al grupo el nombre y objetivo del trabajo de investigación participativa y lo importante de su intervención en la misma.

Descripción: La promotora de salud explicara de manera general en qué consiste el trabajo de investigación.

Técnica: Expositiva.

3. Objetivo: Establecer acuerdos y compromisos durante las sesiones.

Descripción: La promotora pedirá sugerencias, comentarios y propuestas al grupo y llegar a la toma de acuerdos conjuntamente.

Técnica: Lluvia de ideas y plenaria.

4. Objetivo: Romper el hielo entre los participantes y tener mayor acercamiento y generar un ambiente de confianza mediante un juego.

Descripción: Se le explica al grupo que deberán colocarse al centro del aula y deberán caminar sin dirección sintiéndose como átomos y al escuchar la señal (establecida) deberán abrazarse formando moléculas de 2, 3, 4 o tantos átomos a indicar y el que queda sin integración a las moléculas formadas saldrá del juego y así sucesivamente.

Técnica: Dinámica moléculas.

5. Objetivo: Conocer el concepto de adolescencia y salud de cada adolescente.

Descripción: Se les pedirá a los adolescentes expresen y compartan con el grupo su concepto de adolescencia y de salud, para ello se conformaran equipos de cinco integrantes cada uno y discutir sobre ello.

Técnica: Mesa redonda y expositiva.

6. Objetivo: Saber cuál es la percepción que cada adolescente tiene de los servicios que otorga el centro de salud.

Descripción: La promotora de salud hará entrega de un cuestionario a cada uno de los participantes y se les indicara que deberán contestar de manera individual.

Técnica: Escrita.

7. Objetivo: Cerrar sesión.

Descripción: Se recuperan las reflexiones del grupo.

Técnica: participación.

## **Sesión dos**

**Fecha: 09 de junio de 2010.**

**Hora: 11:00 a 12:30 horas.**

**Responsable: Promotora de salud.**

### **Temas:**

- Concepto de educación sexual.
- Prácticas de educación sexual institucional.

### **Contenido programático:**

1. Recuperación de la sesión anterior.
2. Concepto de educación sexual.
3. Señalar cuáles son las prácticas de educación sexual institucional.
4. Cierre de la sesión.

### **Desarrollo de actividades:**

1. Objetivo: Retomar temas vistos en la sesión anterior.

Descripción: Se pedirá al grupo recordar lo que se vio en la sesión pasada.

Técnica: Participación individual.

2. Objetivo: Conocer el concepto de educación sexual de cada uno de las y los adolescentes.

Descripción: Se les pedirá a los adolescentes expresen y compartan con el grupo su concepto de educación sexual, para ello se conformaran equipos de cinco integrantes cada uno y discutir sobre ello.

Técnica: Mesa redonda y expositiva.

3. Objetivo: Que los adolescentes nombren los contenidos de la educación sexual institucional.

Descripción: Los adolescentes participaran de manera individual en nombrar las actividades intra y extra muros del personal de salud, se pedirá la participación de un voluntario para escribano en el pizarrón.

Técnica: Lluvia de ideas.

4. Objetivo: Cerrar sesión.

Descripción: Se recuperaran las reflexiones del grupo.

Técnica: Participación.

## **Sesión tres**

**Fecha: 16 de junio de 2010.**

**Hora: 11:00 a 12:30 horas.**

**Responsable: Promotora de salud.**

### **Temas:**

- Identificación de agentes institucionales dentro del Centro de Salud.
- Corporeización institucional y de los y las adolescentes en el proceso paciente/médico durante las prácticas de educación sexual.

### **Contenido programático:**

1. Recuperación de la sesión anterior.
2. Presentación del caso de una adolescente que solicita atención en el centro de salud.
3. Identificación de agentes, campos, espacio pedagógico, actitudes, comportamiento, ejercicio de poder, etcétera, seleccionando imágenes significativas de las actitudes del personal de salud.
4. Cierre de sesión.

### **Desarrollo de actividades:**

1. Objetivo: Retomar temas vistos en la sesión anterior.

Descripción: Se pedirá al grupo recordar lo que se vio en la sesión pasada.

Técnica: Participación individual.

2. Objetivo: Para que los adolescentes conozcan un caso de rechazo de atención a una adolescente embarazada y así poder observar qué reacción genera en las y los adolescentes.

Descripción: Se presenta un caso de una adolescente que solicita atención médica.

Técnica: Audiovisual.

3. Objetivo: Conocer el sentir de los y las adolescentes al verse identificados o no en dicho caso y poder recabar percepciones más significativas para los adolescentes.

Descripción: Se formaran dos equipos y se les pedirá a las y los adolescentes que mediante la selección de imágenes significativas del caso identifiquen los personajes, escenario, trama, actitudes, comportamiento, etcétera.

Técnica: Trabajo en equipo y plenaria.

4. Objetivo: Cerrar sesión.

Descripción: Se recuperan las reflexiones del grupo.

Técnica: Exposición.

## **Sesión cuatro**

**Fecha: 23 de junio de 2010.**

**Hora: 11:00 a 12:30 horas.**

**Responsable: Promotora de salud.**

### **Temas:**

- Personificación institucional y de los y las adolescentes en el proceso paciente/médico durante las prácticas de educación sexual.

### **Contenido programático:**

1. Recuperación de la sesión anterior.
2. Personificación de las actitudes del personal de salud y de los y las adolescentes en la relación paciente/personal de salud en las practicas de educación sexual y atención médica.
3. Cierre de sesión.

### **Desarrollo de actividades:**

1. Objetivo: Retomar temas vistos en la sesión anterior.

Descripción: Se pedirá al grupo recordar lo que se vio en la sesión pasada.

Técnica: Participación individual.

2. Objetivo: Conocer la percepción y sentir del adolescente de los mensajes explícitos e implícitos de la atención brindada por el personal de salud.

Descripción: Se formaran dos grupos y cada uno presentará un caso personificando las actitudes del personal de salud y de los y las adolescentes en el proceso de atención médico/paciente. Esta presentación puede ser basada de experiencias propias.

Técnica: Sociodrama.

3. Objetivo: Cerrar sesión.

Descripción: Se recuperan las reflexiones del grupo.

Técnica: Exposición.

## **Sesión cinco**

**Fecha: 30 de junio de 2010.**

**Hora: 11:00 a 12:30 horas.**

**Responsable: Promotora de salud.**

### **Temas:**

- Problemática institucional y necesidades reales de los y las adolescentes en el proceso paciente/médico durante las prácticas de educación sexual.

### **Contenido programático:**

1. Recuperación de la sesión anterior.
2. El adolescente dará a conocer sus necesidades reales con respecto a su sexualidad y dará a conocer las principales problemáticas enfrentadas en los servicios de salud.
3. Cierre de sesión.

### **Desarrollo de actividades:**

1. Objetivo: Retomar temas vistos en la sesión anterior.

Descripción: Se pedirá al grupo recordar lo que se vio en la sesión pasada.

Técnica: Participación individual.

2. Objetivo: Conocer las necesidades reales con respecto a su sexualidad y a la atención que desea recibir el y la adolescente por parte del personal de salud.

Descripción: Las y los adolescentes elaborarán un listado de manera individual.

Técnica: Escrita.

3. Objetivo: Cerrar sesión.

Descripción: Se recuperan las reflexiones del grupo.

Técnica: Exposición.

## **Sesión seis**

**Fecha: 07 de julio de 2010.**

**Hora: 11:00 a 12:30 horas.**

**Responsable: Promotora de salud.**

### **Temas:**

- Reflexión de las experiencias compartidas durante el taller y clausura del mismo.

### **Contenido programático:**

1. Recuperación de la sesión anterior.
2. Reflexión y evaluación final del grupo.
3. Cierre de sesión.
4. Entrega de reconocimientos.
5. Desayuno.

### **Desarrollo de actividades:**

1. Objetivo: Retomar temas vistos de la sesión anterior.

Descripción: Se pedirá al grupo recordar lo que se vio en la sesión pasada.

Técnica: Participación individual.

2. Objetivo: Conocer los alcances de las sesiones realizadas y saber qué aprendizaje se llevan.

Descripción: Que el grupo realice libremente opinión personal de las sesiones.

Técnica: Participación individual.

3. Objetivo: Clausura oficial.

Descripción El director efectuará la clausura oficial del taller con presencia de los coordinadores de los servicios del centro de salud.

Técnica: Expositiva.

4. Objetivo: Agradecer a las y los adolescentes su participación.

Descripción: El director, los coordinadores y la promotora de salud harán entrega de reconocimientos a las y los adolescentes participantes.

Técnica: Expositiva.

5. Objetivo: Interacción del personal de salud y grupo de adolescentes generando un ambiente de compañerismo.

Descripción: Dar inicio al desayuno.

Técnica: Convivio.

## CARTA DESCRIPTIVA

**Nombre de la sesión:** ¡Chic@, tú opinión es importante participa!

**Fecha:** 02 de junio de 2010.

**Cupo:** 10 adolescentes.

**Dirigido a:** Adolescentes de 15 a 19 años.

**Duración:** 90 minutos.

**Responsable:** Promotora de salud.

**Sede:** Aula del Centro de Salud.

**Objetivo General:** Que los adolescentes expresen su concepto de adolescencia y salud, y analizar como son tratados por el personal de salud.

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>TÉCNICA</b>
Bienvenida a l@s participantes por parte del Director y presentación.	Expositiva
Presentación del proyecto de investigación	Expositiva
Establecimiento de acuerdos y compromisos	Lluvia de ideas
Expectativas iniciales del grupo	Participación libre plenaria
Propiciar acercamiento y romper tensión	Dinámica moléculas
Concepto de adolescencia y salud	Preguntas generadoras
Evaluación al grupo con respecto al trato del personal de salud	Evaluación escrita
Cierre e la sesión con una breve reflexión	Participación individual

## CARTA DESCRIPTIVA

**Nombre de la sesión: ¡Chic@, tú opinión es importante participa!**

**Fecha: 09 de junio de 2010.**

**Cupo: 10 adolescentes.**

**Dirigido a: Adolescentes de 15 a 19 años.**

**Duración: 90 minutos.**

**Responsable: Promotora de salud.**

**Sede: Aula del Centro de Salud.**

**Objetivo General:** Que los adolescentes expresen su concepto de educación sexual y analizar las practicas de la educación sexual institucional.

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>TÉCNICA</b>
<b>Recuperación de la sesión anterior</b>	<b>Exposición</b>
<b>Concepto de educación sexual</b>	<b>Preguntas generadoras</b>
<b>Nombrar las prácticas de educación sexual institucional</b>	<b>Lluvia de ideas Exposición</b>
<b>Análisis por el grupo con respecto al trato del personal de salud</b>	<b>Escrita</b>
<b>Cierre de la sesión pidiendo una breve reflexión individual</b>	<b>Participación individual</b>

## CARTA DESCRIPTIVA

**Nombre de la sesión: ¡Chic@, tú opinión es importante participa!**

**Fecha: 16 de junio de 2010.**

**Cupo: 15 adolescentes.**

**Dirigido a: Adolescentes de 15 a 19 años.**

**Duración: 90 minutos.**

**Responsable: Promotora de salud.**

**Sede: Aula del Centro de Salud.**

Objetivo General: Que los y las adolescentes conozcan un caso de adolescente que fue rechazada e identificación de sus componentes.

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>TÉCNICA</b>
Recuperación de la sesión anterior	Exposición
Presentación del caso de una adolescente embarazada	Audiovisual
Selección de imágenes significativas para la identificación de personajes, escenario, trama, actitudes, comportamiento, etcétera.	Integración y trabajo en equipo Plenaria
Cierre de la sesión pidiendo una breve reflexión individual	Participación individual

## CARTA DESCRIPTIVA

**Nombre de la sesión: ¡Chic@, tú opinión es importante participa!**

**Fecha: 23 de junio de 2010.**

**Cupo: 15 adolescentes.**

**Dirigido a: Adolescentes de 15 a 19 años.**

**Duración: 90 minutos.**

**Responsable: Promotora de salud.**

**Sede: Aula del Centro de Salud.**

Objetivo General: Conocer cómo los y las adolescentes perciben los contenidos de la educación sexual otorgada en el centro de salud.

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>TÉCNICA</b>
Recuperación de la sesión anterior	Exposición
Los adolescentes personificarán las actitudes del personal de salud y de ellos, basándose en su propia experiencia.	Sociodrama
Cierre de la sesión pidiendo una breve reflexión individual	Participación individual

## CARTA DESCRIPTIVA

**Nombre de la sesión: ¡Chic@, tú opinión es importante participa!**

**Fecha: 30 de junio de 2010.**

**Sede: Aula del Centro de Salud.**

**Dirigido a: Adolescentes de 15 a 19 años.**

**Cupo: 15 adolescentes.**

**Responsable: Promotora de salud.**

**Duración: 90 minutos**

Objetivo General: Conocer problemáticas y necesidades durante el proceso de atención de los y las adolescentes/personal de salud.

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>TÉCNICA</b>
Recuperación de la sesión anterior	Exposición
Que cada uno de las y los adolescentes den a conocer su problemática y sus necesidades reales con respecto a su sexualidad y de la atención que desean por parte de los servicios de salud.	Escrita
Cierre de la sesión pidiendo una breve reflexión individual	Participación individual

## CARTA DESCRIPTIVA

**Nombre de la sesión: ¡Chic@, tú opinión es importante participa!**

**Fecha: 07 de julio de 2010.**

**Cupo: 15 adolescentes.**

**Dirigido a: Adolescentes de 15 a 19 años.**

**Duración: 90 minutos.**

**Responsable: Promotora de salud.**

**Sede: Aula del Centro de Salud.**

Objetivo General: Conocer reflexión de las experiencias compartidas durante el taller y la clausura del mismo.

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>TÉCNICA</b>
Recuperación de la sesión anterior	Exposición
Que el grupo de adolescentes realice una reflexión y evaluación final del taller.	Participación individual
Cierre del taller, el director del centro de salud con la presencia de los coordinadores de servicios y la promotora de salud hará la clausura oficial.	Discurso
Entrega de reconocimientos.	Discurso
Desayuno	Convivio

## CAPÍTULO 6

### Presentación de resultados

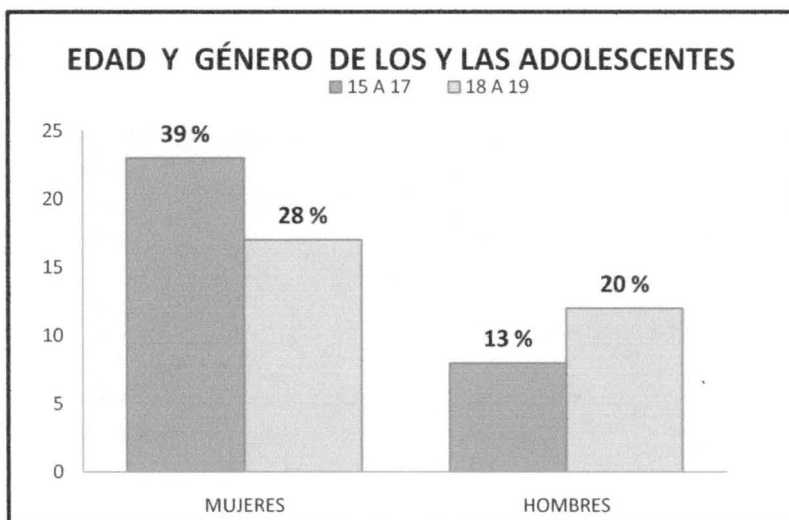
Este capítulo presenta gráficamente el análisis de los resultados cuantitativos obtenidos del cuestionario aplicado a 60 adolescentes que acudieron al centro de salud en el lapso de tiempo en el que se recolectó información.

#### 6.1. Análisis de resultados cuantitativos

##### Edad y género de los y las adolescentes.

Con lo que respecta a la edad y género de los y las adolescentes la gráfica 1 nos muestra que por un lado son las mujeres las que predominan representando un 39% las que tienen entre 15 a 17 años de edad, continuando de 18 a 19 años con un 28%, mientras que los hombres de 18 a 19 un 20 % y por último los de 15 a 17 años con el 13%. Es interesante observar que de acuerdo con el género son los extremos de edades los que predominan.

Gráfica 1

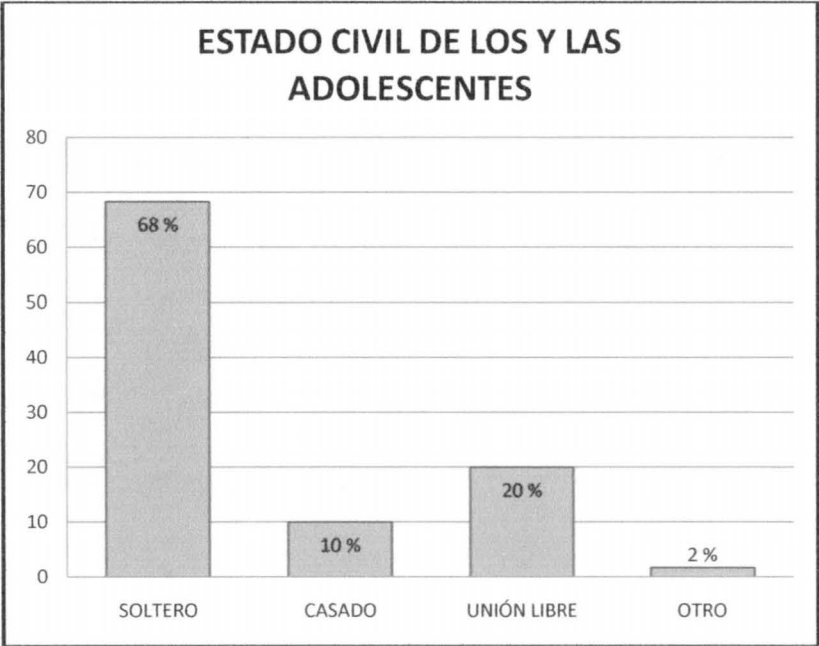


Fuente: Cuestionario aplicado en el Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda.

### Estado civil de los y las adolescentes

La siguiente gráfica nos muestra el estado civil de las y los adolescentes, siendo los solteros los que representan el 68%, en unión libre con el 20%, los casados son un 10% y sólo el 2% se encuentra en otra situación. Ver gráfica 2.

Gráfica 2

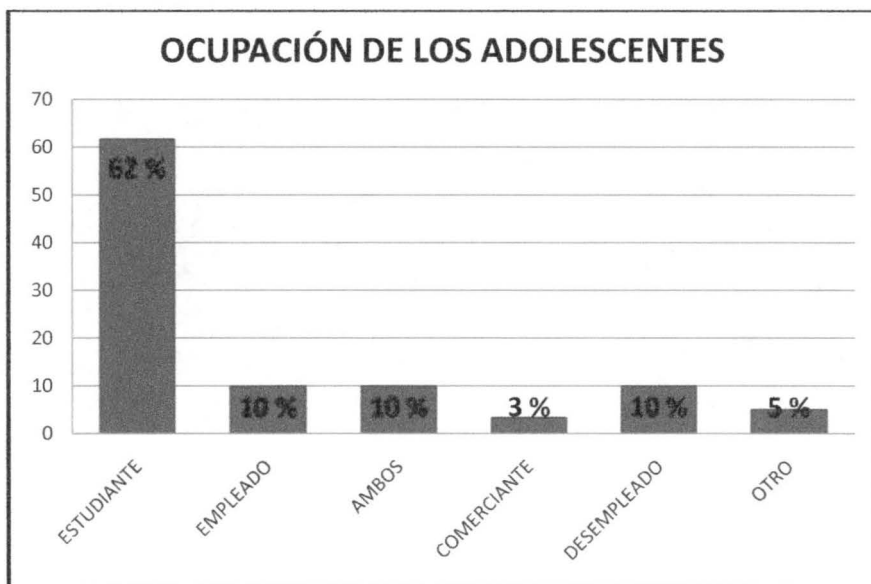


Fuente: Cuestionario aplicado en el Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda.

## Ocupación de los y las adolescentes

La ocupación predominante en los adolescentes es la de estudiante correspondiente al 62%; los empleados representan un 10%, en el caso de tanto empleados como estudiantes es otro 10% y de igual forma los desempleados son otro 10%; en otra ocupación no especificada es de un 5% y sólo con el 3% que se dedican al comercio. Ver gráfica 3.

Gráfica 3

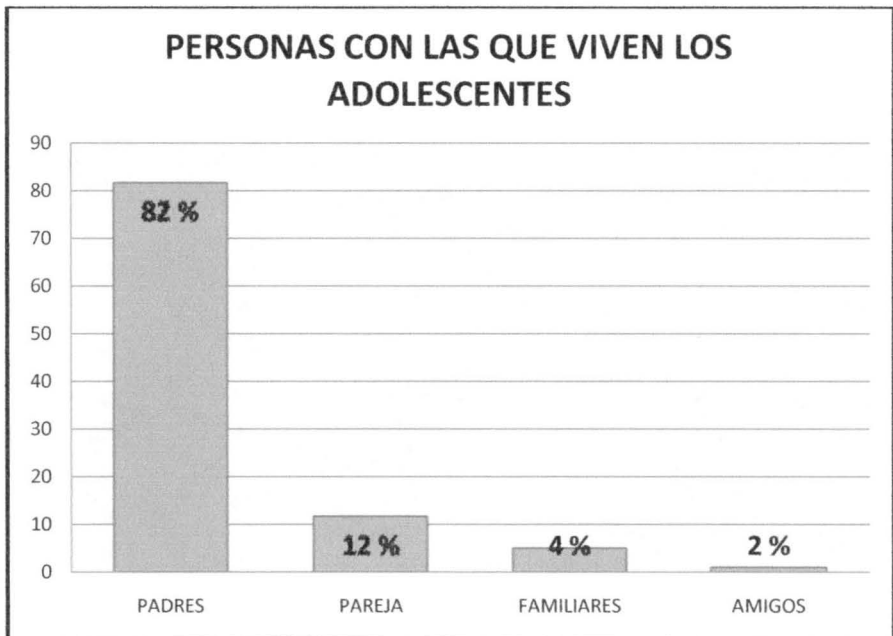


Fuente: Cuestionario aplicado en el Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda.

## Personas con las que viven los y las adolescentes

En la siguiente gráfica observamos que el 82% de los jóvenes viven con sus padres, mientras que el 12% viven con su pareja y los que manifestaron vivir con familiares es el 4% y sólo el 2% viven con amigos. Estos resultados concuerdan totalmente con la información de su estado civil de las y los adolescentes, ya que en su mayor parte son solteros.

Gráfica 4

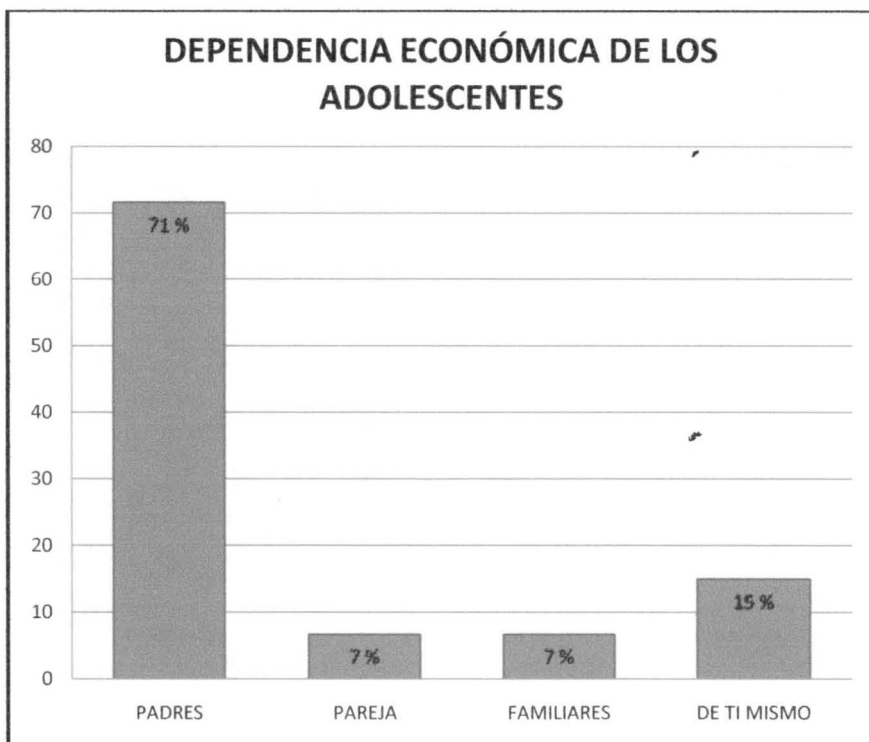


Fuente: Cuestionario aplicado en el Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda.

## Dependencia económica de los y las adolescentes

En la siguiente gráfica nos muestra quiénes son las personas de las que dependen económicamente los y las adolescentes y evidentemente son de los padres; representando un 71%, con un 15% son autosuficientes económicamente, finalmente la pareja y familiares con un 7% en cada uno de los casos.

Gráfica 5

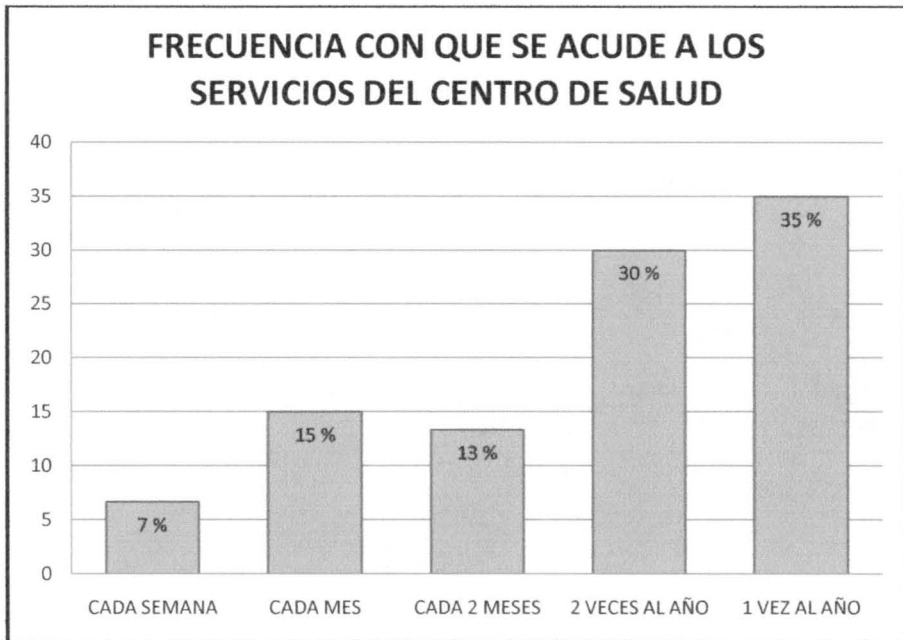


Fuente: Cuestionario aplicado en el Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda.

## Asistencia al Centro de Salud de los y las adolescentes

La regularidad de los y las adolescentes acuden al centro de salud es de 35% los que una vez al año lo visita, un 30% el caso de dos veces al año mientras que cada mes acude el 15%, y cada dos meses el 13% y únicamente el 7% los que asisten cada semana. Ver gráfica 6.

Gráfica 6

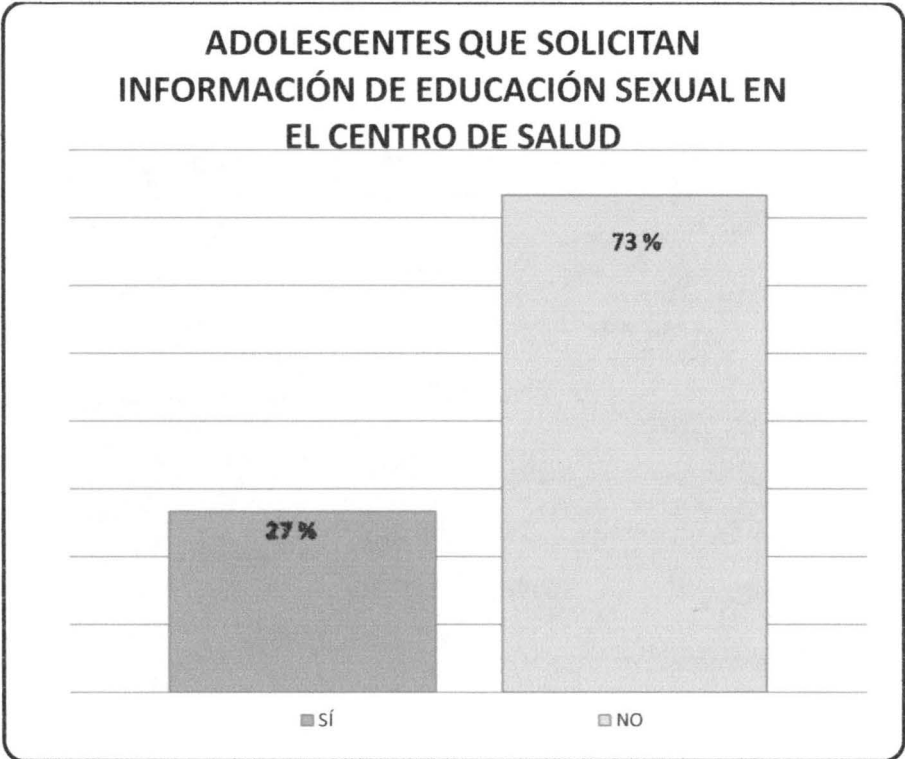


Fuente: Cuestionario aplicado en el Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda.

### Adolescentes que solicitan información de educación sexual en el Centro de Salud

Respecto al acercamiento de los y las adolescentes al centro de salud para solicitar información en materia de educación sexual los resultados muestran un 73% de adolescentes que no piden información contra un 27% que sí lo hacen. Ver gráfica 7.

Gráfica 7



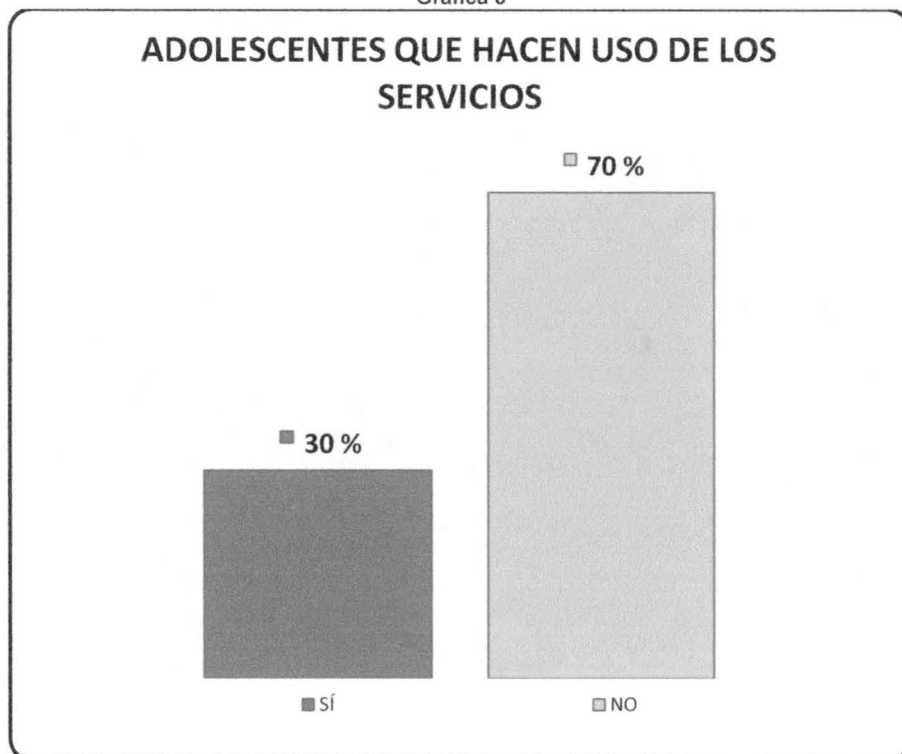
Fuente: Cuestionario aplicado en el Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda.

## Adolescentes que hacen uso de los servicios

La siguiente gráfica muestra que el 70% de los y las adolescentes encuestados no tiene un control médico en el centro de salud, mientras que un 30% sí lo tiene.

Lo anterior indica que la mayoría de los adolescentes acude por alguna molestia eventual de enfermedad o requerimiento de algún servicio específico, de acuerdo con la información recabada en los consultorios indicaron vacunas, certificado médico y escolar.

Gráfica 8

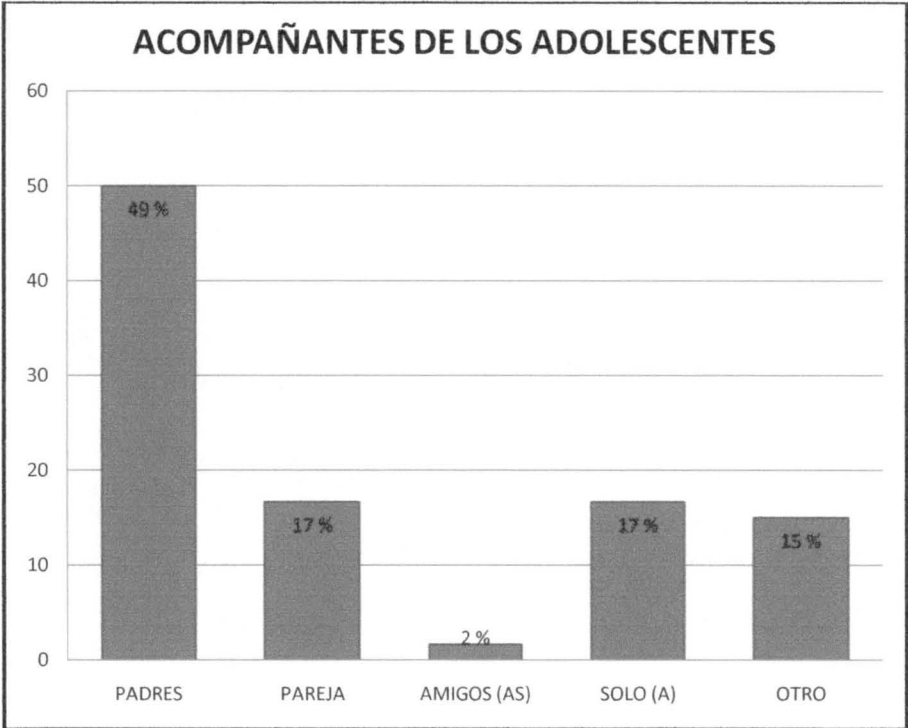


Fuente: Cuestionario aplicado en el Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda.

### Quiénes acompañan a los y las adolescentes al Centro de Salud

Con lo que respecta al acompañamiento de los y las adolescentes al acudir al centro de salud observamos que son los padres, con un 49%, siguiéndole la pareja con el 17%, el 15% señaló que lo acompaña otra persona, acudir solos (as) el 17% y el 1% se hizo acompañar de amigos. Ver gráfica 9.

Gráfica 9

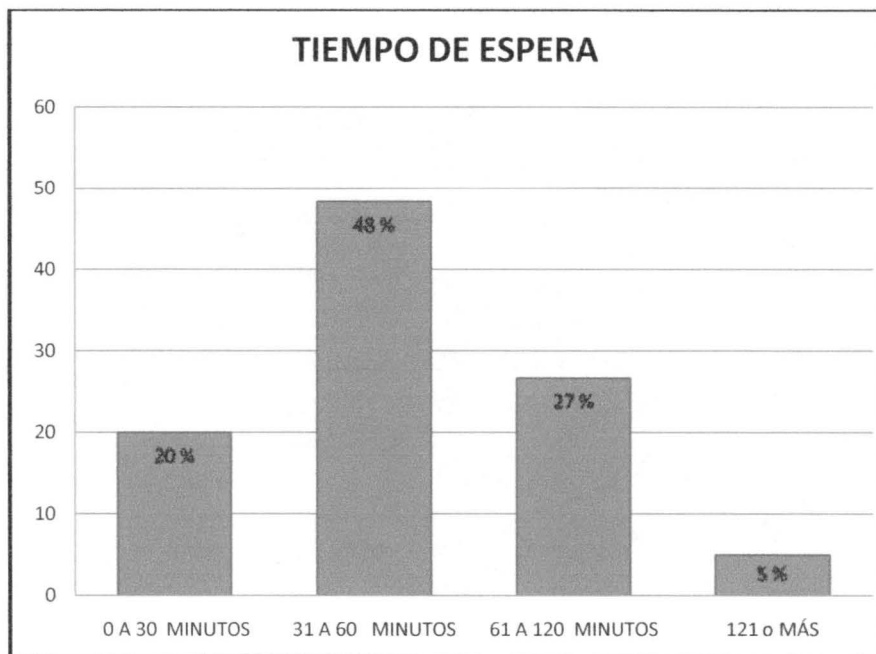


Fuente: Cuestionario aplicado en el Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda.

## Tiempo de espera en el Centro de Salud

Cuando los y las adolescentes acuden al centro de salud es importante saber su permanencia en el mismo, la gráfica 10 nos muestra el tiempo de espera de los adolescentes y observamos que el 48% han esperado de 31 a 60 minutos para ser atendidos, mientras que el 27% han tardado de una a dos horas, por otro lado tenemos un 20% que fueron atendidos antes de 30 minutos le brindaron atención y tan sólo un 5% ha esperado más de dos horas.

Gráfica 10

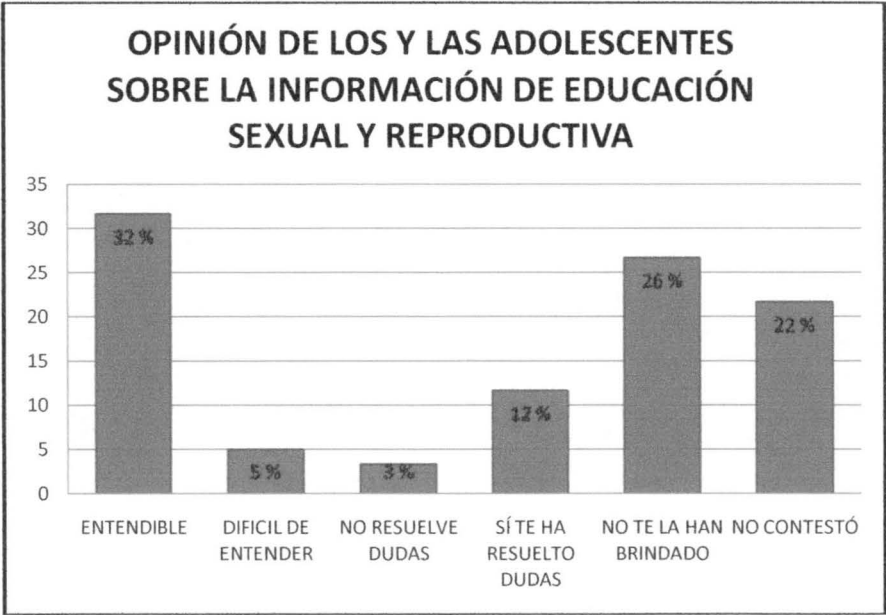


Fuente: Cuestionario aplicado en el Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda.

### Opinión de los y las adolescentes sobre la información de educación sexual y reproductiva

La percepción de los y las adolescentes sobre la información de educación sexual y reproductiva, otorgada en el centro de salud tenemos que el 32% de jóvenes contestaron que dicha información es entendible, mientras que el 26% dijo no habérsela brindado, aquí es importante saber si la solicitaron o no, en el caso de los adolescentes que no contestaron representa el 22%, y el 12% afirma haberles resuelto dudas y sólo el 5% y 3% respondieron que fue difícil de entender y no resuelve dudas, respectivamente. Ver gráfica 11.

Gráfica 11

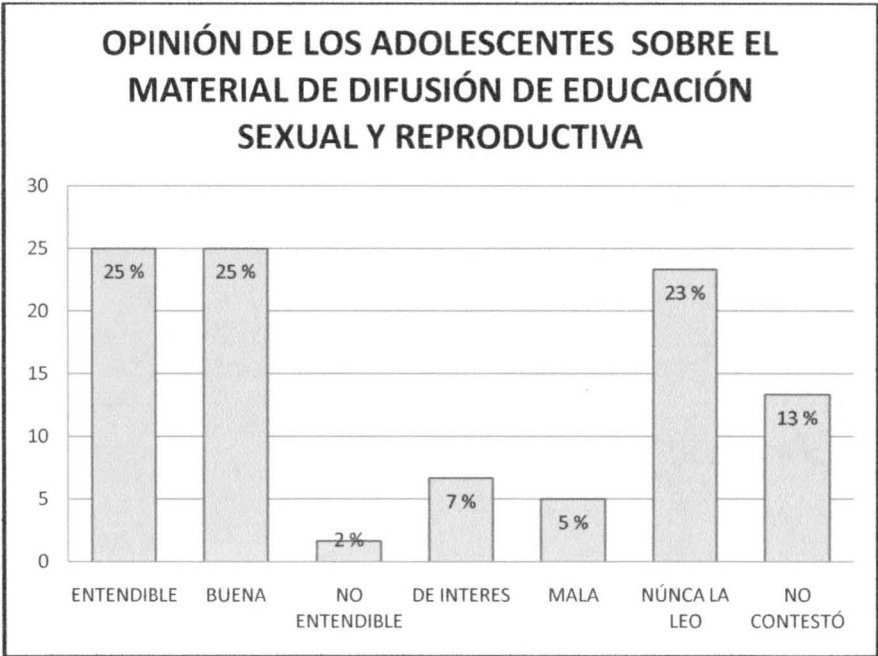


Fuente: Cuestionario aplicado en el Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda.

### Opinión de los y las adolescentes del material de difusión en materia de educación sexual y reproductiva

Sobre el material de difusión de educación sexual y reproductiva que los y las adolescentes reciben en el centro de salud tenemos que el 25% refiere percibirla como entendible y buena en cada uno de los casos, siguiéndole con el 23% de adolescentes que nunca leen el material, el 7% le parece de interés contra un 5% que manifiesta ser malo, y tan sólo el 2% respondió no entender dicho material, finalmente el 13% no respondió. Ver gráfica 14.

Gráfica 12



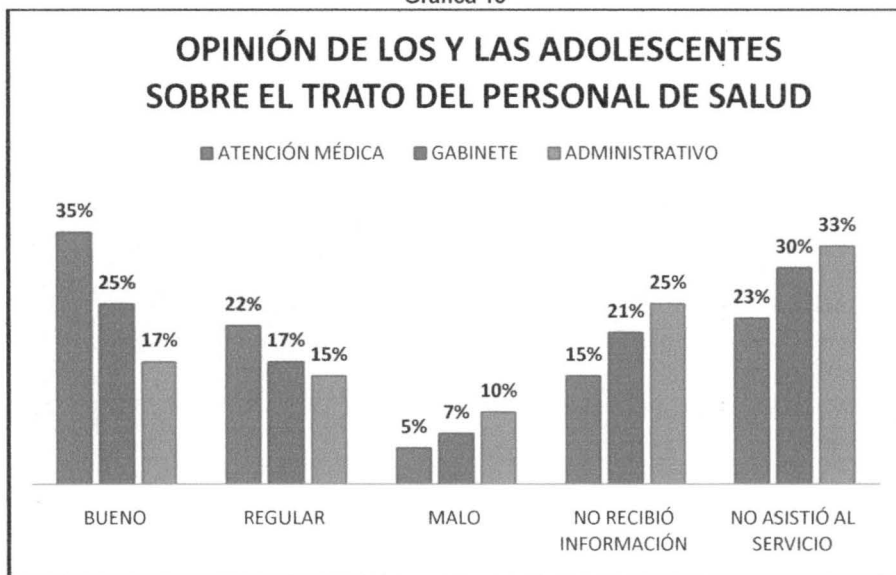
Fuente: Cuestionario aplicado en el Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda.

## Opinión de los y las adolescentes del trato del personal de salud

Para englobar los datos recabados en los cuestionarios se consideraron tres grandes rubros que son: Atención Médica incluyéndose las áreas de Consultorio, Trabajo Social, Enfermería e Inmunizaciones; Servicio de Gabinete abarcando Laboratorio y Rayos X; y Servicio Administrativo compuesto por Archivo, Caja y Administración.

En la siguiente gráfica podemos observar la percepción que tienen los y las adolescentes respecto de los servicios considerados que presta el centro de salud, destacando en primera instancia que la percepción se encuentra entre buena y regular, sin embargo para el análisis detallado se debe tomar en cuenta las personas que no recibieron información y los que no asistieron al servicio, lo cual nos indica que se debe mejorar los dichos servicios.

Grafica 13



Fuente: Cuestionario aplicado en el Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda.

**Formas de brindar información sobre educación sexual y reproductiva del personal de salud.**

La forma de dar información en materia de educación sexual y reproductiva a los y las adolescentes se concentra en material impreso, tenemos que los folletos representan el 41%, siguiéndole las pláticas con un 25%, mientras que el 12% le corresponde a los volantes, y los trípticos y todas las formas de información se igualan al 8%, por último son las cartillas, exposiciones y carteles los que muestran el 2% en cada uno.

Gráfica 14



Fuente: Cuestionario aplicado en el Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda.

Para finalizar este capítulo en resumen tenemos que de acuerdo a los datos obtenidos a través de la encuesta realizada a los y las adolescentes indican lo siguiente:

Con lo que se refiere al género son las mujeres de entre 15 a 17 años de edad las que predominan en asistir al centro de salud. Los y las adolescentes dependen económicamente son de sus padres, ya que la mayoría son solteros y estudiantes por lo que la regularidad de asistencia al centro de salud es de una o dos veces al año sólo acuden cuando tienen alguna molestia eventual de enfermedad o por algún requerimiento específico de vacunas y certificado médico escolar, mencionaron haber permanecido de 31 a 60 minutos para que los atendieran; demasiado tiempo para ellos.

La percepción de los y las adolescentes sobre la información de educación sexual y reproductiva brindada en el centro de salud la mayoría respondió que dicha información es entendible y referente al trato del personal de salud de los diferentes servicios de atención médica, de gabinete y administrativo es entre bueno y regular.

Y por último, a lo que se refiere con las formas y técnicas de brindar información sobre educación sexual y reproductiva del personal de salud hacia los y las adolescentes, la predominante consta en la entrega de folletos con dicha información impresa.

## 6. 2. Análisis de resultados cualitativos

Los resultados presentados en esta parte del capítulo se obtuvieron a partir del trabajo cualitativo realizado en el grupo de reflexión de los y las adolescentes, asimismo de las entrevistas realizadas al personal y a los y las adolescentes abordados en los diferentes servicios del centro de salud. De los cuales surgen los siguientes conceptos y categorías de análisis.

- Sexualidad.
- Educación sexual.
- Asistencia al Centro de Salud.
- Relación que se establece con el personal de salud.
- Limitación de capacidades.
- Derechos sexuales y reproductivos.
- Discriminación.
- Demandas de los y las adolescentes.

Los y las adolescentes y el personal de salud decidieron participar de manera anónima, por lo que han sido nombrados con un seudónimo quedando de la siguiente manera:

No.	Edad de las adolescentes entrevistadas	Nombre
1	Adolescente de 18 años embarazada	María
2	Adolescente de 17 años madre	Sofía
3	Adolescente de 16 años soltera	Norma
4	Adolescente de 19 años madre	Aurora
5	Adolescente de 15 años soltera	Ana
6	Adolescente de 16 años soltera	Martha
7	Adolescente de 17 años soltera	Rosa

<b>No.</b>	<b>Personal de salud entrevistados</b>	<b>Clave</b>
1	Personal de salud administrativo de archivo clínico	Sra. Virginia
2	Personal de salud administrativo de caja	Sr. Alfonso
3	Personal de salud técnica radióloga y técnica en enfermería	Téc. Rad. Clara
4	Personal de salud médico	Dr. Sergio
5	Personal de salud de trabajo social	T. S. Verónica
6	Personal de salud de enfermería	Enf. Elena

<b>No.</b>	<b>Edad de los y las adolescentes participantes en el grupo de reflexión</b>	<b>Nombre</b>
1	Adolescente de 19 años soltero	Gerardo
2	Adolescente de 16 años embarazada	Carmen
3	Adolescente de 16 años soltera	Ericka
4	Adolecente de 19 años soltero	Irving
5	Adolescente de 18 años soltero	Rodrigo
6	Adolescente de 16 años soltero	Eduardo
7	Adolescente de 18 años casado	Raúl
8	Adolescente de 17 años soltera	Judith
9	Adolescente de 15 años soltera	Montserrat
10	Adolecente de 17 años soltero	Fernando

## Sexualidad

En el concepto de sexualidad los y las adolescentes responden de acuerdo al sentido común, los lleva a responder con una actitud cohibida mezclando una variedad de elementos que expresan su propia subjetividad, se observó que la palabra sexualidad los lleva a pensar en el acto sexual para la reproducción y aunque también mencionaron conceptos como género, roles, conocer a la pareja y cuidarse de enfermedades, no mencionaron un concepto integral que clarificará todos los aspectos que han construido en torno a su sexualidad, podemos encontrar respuestas obtenidas por dos adolescentes entrevistadas en la sala de espera de consultorios del centro de salud, la primera de ellas con un embarazo de cuatro meses:

“Para mí la sexualidad, no sé, pues no, no sé qué decirte pues no, como que para mí edad todavía no, o sea la sexualidad, no sé” (María).

“Es una forma de reproducirse este pues si entre hombre y mujer. Todo lo que son sus causas y sus consecuencias para principalmente aprender de lo que podemos y no debemos hacer para tener una vida sexual plena” (Norma).

Esta visión tiene que ver con una ideología instalada desde el siglo XIX y perpetuada en la actualidad en donde se vincula a la sexualidad meramente con el acto del casamiento, el coito y la reproducción, dejando a un lado el erotismo, el placer, el intercambio de pensamientos e ideas, instaurando en las mentes y los cuerpos la

sexualidad heterosexual normalizada y difundida desde las agencias de poder recriminando y rechazando las diferentes preferencias y prácticas sexuales homoeróticas, que evidentemente no son “normales” para el resto de la sociedad, no hay aceptación de las diferencias porque implica poner en riesgo la estructura de la familia legitimada desde el metacampo de poder; el Estado.

Producto de los esquemas de reproducción ideológica los y las adolescentes interiorizan una visión de la educación sexual tradicionalista con un enfoque reproductivo, llena de tabús transmitidos de generación en generación y que limitan su capacidad lúdica y erótica con lo que respecta a su identidad y a conocer su cuerpo, hay inscripciones en el mismo que relacionan el placer con la culpa, ejercer sus derechos sexuales y una vida sexual responsable y plena. Es el caso del pensamiento de los y las adolescentes del área de influencia del centro de salud. Parrini (2009), señala que:

“hay un proceso social e histórico muy específico. Las mujeres de los sectores populares hablan de “usar” u “ocupar” para referirse al acto sexual. En ese contexto, ¿a quién le pertenece el cuerpo?, ¿qué relación de propiedad existe? El matrimonio supone cierta relación de propiedad, no obstante ahora se considera que el hombre no tiene acceso carnal a la mujer en todo momento. Queda restringido a que la mujer es propietaria de su cuerpo. La mujer tiene autonomía y tiene propiedad sobre su cuerpo, se establece esta relación entre cuerpo y propiedad en la modernidad. Noción de pertenencia se debe pensar como una relación sujeto-cuerpo, colectivos y corporalidad”.

Lo anterior, se refleja en los resultados obtenidos en los cuestionarios, un 50% (gráfica No. 9, sistematizado en esta investigación pág. 160) los adolescentes asisten al centro de salud con sus padres y no es precisamente a pedir información de educación sexual, sino por algún otro motivo; un 10% van acompañados de su pareja o solos por lo que en el primer caso mencionaron no sentirse con la libertad de preguntar abiertamente al personal de salud las dudas con respecto al tema, así también señalar que los que acuden con la madre son adolescentes embarazadas y es a consulta prenatal.

Por otro lado, es importante mencionar cómo el personal de salud concibe la sexualidad desde agencia de poder reproduciendo pensamientos y actitudes biologicistas con argumentos valorativos enfocados en la reproducción y en la higiene del cuerpo como objeto de control exclusivamente introyectando miedo a los y las adolescentes sobre su sexualidad, así lo muestra el siguiente comentario de un personal médico:

“En la actualidad pues que empiezan muy temprano su actividad sexual, no se cuidan, hay muchos embarazos no deseados, entonces que si necesitan más información y también pláticas en los centros de salud para ponerlos al tanto de los métodos y de las complicaciones que puedan haber si es que tienen muchas parejas sexuales” (Téc. R.X. Clara).

En el análisis y reflexión de los y las adolescentes sobre el concepto de sexualidad mencionaron que es parte del ciclo de la vida, punto importante, que los chicos con o sin conocimiento de causa lo tienen presente; por otra parte dijeron que la sexualidad

es la práctica sexual con responsabilidad. Sobre la salud sexual los adolescentes insistieron mucho en la prevención, concepto muy introyectado desde la visión médica institucional, y el manejo de tener como protegerse haciendo uso del preservativo para prevenir enfermedades y el cuidar a la pareja, y aunque se escuchaban tan convincentes se percibió una postura y discurso aprendido social, médica y educacionalmente aceptado y por ende aplicado desde la educación sexual oficial. Y no es que no sea válido el discurso sino se queda corto el contenido del mismo si no hay una verdadera comprensión y asimilación.

## **Educación Sexual**

La mayoría de los y las adolescentes entrevistados reconoció abiertamente no preguntar con libertad al personal de salud por información y orientación sobre el tema, ya sea por pena o temor a ser juzgados o recriminados, por lo que se limitan a no tocar el tema con el médico o la enfermera, pero quizá en el mejor de los casos indagar por otros medios. Es evidente que no existe una relación con el otro que permita un acercamiento de las agencias con los sujetos considerando que son espacios en donde se producen y reproducen los saberes en salud especializados, en lugar de ello, hay un distanciamiento en donde cruzan factores como la intimidación y el maltrato de los “usuarios o pacientes”.

El personal no asume su papel de facilitador y orientador que aproveche la presencia de los y las adolescentes en consulta y que sean ellos quienes inicien el acercamiento

con los mismos, independientemente de que los y las adolescentes no lo hagan. Así lo señaló una de las adolescentes entrevistadas:

“No, yo digo que aquí no está muy fomentado lo de la sexualidad y de las precauciones. Si tú no preguntas no te dicen nada. Yo digo que más bien tú tienes que buscar para que te den la información porque como ahorita ya entre más adelantados estamos en la sexualidad la sociedad hay más morbosidad, se ha dado por eso le digo que es que aquí no dan este tema” (Rosa).

Durante el proceso de grupos de reflexión con los y las adolescentes se abordó el concepto de educación sexual, tema en el que ambos equipos de adolescentes coincidieron en tener información sobre sexualidad y valores (aquí los adolescentes hacen mención en cuidarse de las enfermedades y en el caso de las chicas, de no quedar embarazadas), así como los cuidados tanto con la pareja como sí mismos, para ejercer con responsabilidad su sexualidad.

La carencia de vínculos con los y las adolescentes es evidente en la práctica cotidiana de la institución, hay una invisibilidad de las necesidades de acompañamiento que muestran estos adolescentes, por ejemplo, de las 9 adolescentes entrevistadas 3 de ellas son madres, 4 se encuentran embarazadas y 2 son solteras, en las 3 circunstancias contestaron no haber preguntado abiertamente por lo menos una vez al médico sobre sexualidad y educación sexual. Las primeras mencionaron tener mayores dudas por su maternidad y por el reconocimiento de su cuerpo, aspectos que les ha

generado ansiedad y miedo ante los aspectos que les son totalmente nuevos. Sólo una adolescente contestó sin titubear no haber preguntado ni una vez al personal médico sobre educación sexual, sin embargo, comentó que ella indaga por otros medios y señala:

“No pregunto aquí en el centro de salud, pero sí en otras partes. En la biblioteca de Balderas, en varias bibliotecas” (Norma).

De acuerdo con los testimonios de los y las adolescentes la mayoría coincide en que sus padres no hablan sobre el tema de la sexualidad que sigue siendo un tabú, que tanto madres como padres sienten pena de hablar de sexo de qué es y cómo se manifiesta, y buscan pretextos para evadir comentarios y preguntas. Más aún, si algunos padres mencionan algo es solo recriminando a las adolescentes que “por no cuidarse salen embarazadas” y de los chicos que “sólo hacen su gracia y se desaparecen” es ejemplificando y juzgando a los demás o bien algunos padre se atreven hablar del tema y terminan con la frase de “no seas tonta y cuídate” “no vayas a salir con tu domingo siete”.

Por otro lado, los adolescentes dijeron que algunos padres argumentan que en su época no se hablaba del tema y que a ellos nadie les enseñó. Según lo expresado por los y las adolescentes, repiten textualmente que “Dios los librara de preguntar sobre sexo” a los padres o a otro adulto, porque sí que eran recriminados, sin embargo, reconocen que no hablar del tema o disfrazarlo con tabús no resuelve la problemática

que existe entre los y las adolescentes que a muy temprana edad son padres adquiriendo responsabilidades que los agobia más.

Como es sabido, la adolescencia es de por sí complicada de entender, y si a ello le sumamos los numerosos tabús sociales, así como represión social que los padres de familia han experimentado e interiorizado en su trayectoria de vida se comprende la dificultad para abordar el tema de sexualidad. Esta reproducción cultural de la represión ha llevado a los y las adolescentes a iniciar su actividad sexual prematuramente sin conocimientos previos y sin elementos para ejercer una sexualidad de prevención tanto en embarazos no deseados como de infecciones de transmisión sexual. Lo anterior se refleja en el aumento de las cifras recientes de 366,000 embarazos no deseados al año (PASA, 2001) y que en algunos casos llevan a las adolescentes a la muerte.

Generalmente son las madres las que se atreven hablar sobre el tema, principalmente con las hijas, pero se limitan a decir “fíjate bien y cuídate” sólo que no les dicen cómo ni por qué, no les dan las herramientas. Un ejemplo es el siguiente testimonio de una adolescente de 16 años entrevistada en la sala de los consultorios del centro de salud:

“Que cuando queramos tener relaciones nos cuidemos para no salir embarazadas como muchas chavas que vienen aquí y eso es lo que me dice mi mamá” (Ana).

En el ámbito escolar también se ubican discursos en donde la sexualidad se convierte en un asunto privado que no puede ser discutido en espacios públicos y la educación

se reduce, como en otras instituciones, al uso de medidas de protección para el embarazo o infecciones de transmisión sexual, nuevamente, la sexualidad se reduce a la reproducción o a la prevención de la enfermedad. El siguiente comentario es de una adolescente de 15 años entrevistada al salir de consulta médica respecto a si en la escuela le han hablado del tema:

“No porque es malo hablar de eso, en mi escuela dicen eso, la maestra de formación cívica nos dice que tenemos que usar protección, nos dice que no es ni malo ni bueno pero que si es bueno que nos den información. Y nos dice que nos tenemos que cuidar y todo eso” (Ana).

La anterior es una respuesta tajante de una adolescente y es el argumento oficial de la mayoría de las escuelas en México. En el ámbito escolar la Educación Sexual es un término usado para describir la educación acerca del sexo, la sexualidad, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, la reproducción y más específicamente la reproducción humana. Los derechos sexuales y otros aspectos de la sexualidad humana y el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual quedan fuera de la visión de los programas educativos.

Los y las adolescentes demandan otra visión de educación sexual en el contexto escolar, así lo señaló una madre adolescente que se da cuenta de la importancia que tiene la educación sexual en la escuela:

“En la escuela ya deben ser más abiertos con los niños, muchas veces te limitan en ciertos temas, pero es muy importante que los niños conozcan sobre su sexualidad” (Aurora).

Con lo que respecta a la visión del personal de salud respecto de la educación sexual se observó que no dista mucho de lo que en teoría se piensa, es decir, encontramos que el personal médico, de enfermería, trabajo social, técnico y administrativo que cuenta con los conocimientos o está encargado de brindar el servicio de asesoría, consejería, educación para la salud, etcétera, muestran una postura valorativa sobre el tema y para ocultar la falta de compromiso para con los adolescentes argumentan que son ellos los que no cuentan con la información suficiente y que tienen muchas dudas; el personal dice no contar con el material, tiempo y los espacios necesarios para brindar una buena atención, y por otro lado que los jóvenes no saben a dónde y con quién acudir.

La educación sexual en el centro de salud se concentra en la entrega de material gráfico, condonería, campañas de higiene, control médico, pláticas informativas, todo con un enfoque de prescribir y controlar comportamientos y prácticas sexuales de los sujetos. Estos datos pueden corroborarse con los resultados de la información obtenida en los cuestionarios aplicados a los y las adolescentes (ver gráfica No. 14 en pág. 165). Los datos demuestran que no hay un acercamiento directo, abierto y significativo con los y las adolescentes en el que puedan expresar sus dudas, necesidades y experiencias.

Lo anterior muestra la clásica visión Médica-hegemónica, la cual prescribe y enseña a los ignorantes, (Menéndez, 1994) señala “los factores económico-políticos son determinantes en la constitución de las formas de estratificación social dominantes, pero el reconocimiento de esto no debe conducir a considerar como subordinados ni determinados a los procesos ideológicos y culturales que intervienen en el proceso salud/enfermedad/atención”.

Los resultados de la investigación y de los grupos de reflexión indican que el personal en el Centro de Salud brinda educación sexual de manera limitada y sólo es abordada desde la entrega de material impreso y alguna otra forma de dar la información como es la entrega de pulseras alusivas y condones, a estas acciones se les llama “promoción de la salud”, son consideradas como actividad de difusión siendo esta labor exclusiva de Trabajo Social, sin embargo, los y las adolescentes señalan que son actividades que no reflejan un impacto positivo en su aprendizaje sobre su sexualidad.

### **Asistencia al Centro de Salud**

Cuando analizamos la asistencia y permanencia de los jóvenes en el centro de salud identificamos que el motivo de solicitud del servicio tiene como constante la consulta prenatal y puerperio, terminando posteriormente en consulta del o de la niña, hay casos en que los adolescentes se acercan al centro de salud para solicitar información y/o métodos de planificación familiar, sin embargo, muchas veces los hacen esperar demasiado tiempo, si es que alcanzan ficha para consulta. Los y las adolescentes señalan que esperan la atención de 30 a 60 minutos (ver gráfica No. 10 en pág. 161),

esto representa mucho tiempo de espera para los adolescentes, ya que su margen de tiempo es apretado por las diferentes actividades que tienen y señalaron que es desesperante la tardanza mencionaron que deberían agilizar el proceso de atención. El siguiente testimonio refleja la inconformidad:

“Bueno aquí no, pero allá (en el IMSS) es diferente cuando vas a planificación familiar no es como aquí que tienes que venir temprano a sacar ficha y luego esperar hasta que te toque pasar al consultorio, allá sólo entregas tu carnet a la hora que llegas y te atienden, es desde la mañana y creo que hasta las seis o cuatro” (Aurora).

La otra parte es que no son atendidos con respeto al negarles el libre albedrío para decidir por el método de anticoncepción.

La asistencia al centro de salud obedece a su condición de clase y su estatus laboral porque no cuentan con servicios médicos como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y mencionan que sin recursos económicos no tienen otra opción en algunos caso se han afiliado al Programa de Atención Médica y Medicamentos Gratuitos correspondiente al Gobierno del Distrito Federal, y /o al Seguro Popular Programa Federal, para poder tener atención las madres y sus hijos. Mencionan no estar conformes o satisfechas con el servicio por lo cual se ven obligadas a acudir al médico privado.

Son pocos los casos de los y las adolescentes que van al centro de salud por iniciativa propia para indagar sobre educación sexual y así lo manifestaron:

"Aunque también en algunos casos nosotros los adolescentes no nos acercamos a estos lugares (se refiere al centro de salud) o con los padres y les echamos la culpa a ellos porque nunca nos informaron de nada, pero ya en estos tiempos sería el colmo que quedaran embarazadas o con alguna enfermedad de transmisión sexual, así que me gustaría que nosotros como jóvenes también nos enfocáremos más en este tema" (Eduardo).

Las instituciones de salud no representan para los y las adolescentes espacios de apertura y no tienen identificación con las mismas, aspectos que fueron evidenciados en entrevistas y grupos de reflexión.

Los y las adolescentes se perciben como responsables de su cuerpo y su salud, además de identificar a los padres, profesores y personal de salud como acompañantes en el proceso son ellos quienes deciden y actúan sobre su educación sexual y reproductiva. Perciben al personal de salud como el especialista en los asuntos de la salud y la sexualidad por ello no identifican la violación a sus derechos cuando los mismos tienen que decidir y prescribir acciones sobre su cuerpo y por ende, sobre su salud.

El siguiente testimonio ejemplifica las reflexiones sobre el control que los “otros” ejercen sobre la salud de los y las adolescentes, señalan que asisten a consulta porque son llevados por los padres y cuando se ven y sienten realmente enfermos.

“Vengo nada más cuando me mandan, sólo cuando estoy enferma”  
(Rosa).

“Este no apenas empecé a venir porque sí venía pero de chiquita porque dejé de venir por la escuela y ahorita pues ya no me da tiempo y ahorita como estoy de vacaciones decidí venir para que me vieran los dientes” (Martha).

De acuerdo con lo anterior podemos decir que no son estos actores los que construyen su concepción de la salud y que el acercamiento a los espacios institucionalizados obedece a las decisiones y presiones de los otros.

### **Relación que se establece con el personal de salud**

“Que los médicos sean más amables, que brindaran confianza, que sean más amables para preguntar las dudas” (Raúl).

Es lo expresado por diversos informantes cuando describen las relaciones que establecen con el personal de salud, la observación no participante nos arroja las mismas reflexiones; la mayoría de las actitudes del personal de salud es distante,

impositiva, indiferente, de regaño, los adolescentes entrevistados señalaron sentirse juzgados y discriminados y evocan una frase del personal médico “son muy jóvenes para pensar en sexo o para tomar decisiones correctas”, y las preguntas que surgen son: ¿cuáles son esas decisiones correctas? o ¿cuál es la edad indicada para esto o para aquello?. Y qué significado tiene la palabra sexo ¿es sinónimo de sexualidad y por tanto los y las adolescentes debieran ser seres asexuados?

“Que los doctores o los trabajadores sepan, el chiste es que nos sepa explicar porque luego hay mucha gente que va y habla y nada más hace lo que tiene que decir, pero en realidad no preguntan, no saben de las inquietudes de uno” (Norma).

Por lo tanto, el trato es violento hacia los actores, la información es limitada y reduccionista, así lo refleja la información obtenida en los diversos instrumentos utilizados, expresaron sentir un trato indiferente y déspota en consultorios y en el servicio de Trabajo Social, principalmente, los y las adolescentes expresan no sentirse tomados en cuenta al tratarlos con indiferencia, este trato logra cohibir aún más a los y las adolescentes y que en un momento dado la actitud los hace sentir incómodos y frustrados al salir del centro de salud sin una atención y resolución de dudas.

“Bueno al principio cuando vine aquí en trabajo social no, como que se ponían muy payasas las trabajadoras sociales, pero ya después cuando iba a sacar lo del seguro popular ya ahí si ya tuve el seguro popular” (María).

No obstante que en la mayoría de los servicios el trato es violento, se encontró que en el archivo clínico el trato es diferente. Los y las adolescentes suelen acudir en pareja un 17% y en otros casos con la madre o el padre en un 50 %, sólo así se animan ir al centro de salud y preguntar abiertamente sobre sexualidad en estos casos al primer lugar que llegan generalmente es al archivo clínico:

"Bueno es como le digo depende de con quién vengan, si vienen acompañados de la mamá o del papá hay veces que comienza a preguntar la mamá y ya ella le dice pide tú la información y ya nosotros le decimos qué se te ofrece, qué necesitas o de qué es tu trabajo, qué vas hacer y les damos confianza y empezamos a platicar y ya es cuando vienen con la mamá, pero cuando vienen solos o con amigos es lo que le digo vienen a preguntar pero entre dientes cómo hablando y no hablando rumorando o muchas veces uno le dice al otro pregunta tú, y ya nosotros nos acercamos y les decimos qué se te ofrece" (Sra. Virginia).

Se pudo constatar por medio de la observación no participante y posteriormente mediante las entrevistas que se realizaron al personal de este servicio, que están sensibilizados al atender a los y las adolescentes; no todo el personal de salud tiene una actitud indiferente. Sin embargo, la estructura de la institución funciona como se ha descrito porque se constituye, finalmente, como agencia de poder y control de un metacampo de poder más amplio.

“Ah pero los adolescentes vienen y preguntan sobre la información, algunos vienen directamente y preguntan dónde puedo encontrar información sobre la sexualidad que me piden en la escuela información del uso del condón y ya entonces los mandamos allá arriba directamente a trabajo social, son pocos los que vienen y digamos que son de los dos, hombres y mujeres los que vienen” (Sr. Alfonso).

En el caso de la atención médica el personal refiere estar inmerso en sus tareas laborales, reconoce que los adolescentes requieren de una atención dirigida, sin embargo, concluye que el tiempo laboral no les permite brindar una atención con calidad a los y las adolescentes por la excesiva carga de trabajo y por las metas que la institución les pide, en un esquema de eficiencia pragmática lo que se requiere es “despachar” y contabilizar pacientes, un médico señala al respecto:

“No, yo creo que como somos el primer enfoque la primera relación yo creo que sería muy importante que nosotros le diéramos algo más, más conocimiento, más armas al “jovencito” para que sepa más sobre la sexualidad y ya si a el le interesa saber más o adentrarse a lo que tenga más inquietud y que no sea suficiente lo que le digamos nosotros pues entonces tendría que ir a una temática de grupo” (Médico Sergio).

La falta de sensibilidad del personal médico los lleva a una postura paternalista que más allá de proteger o enseñar, más bien el trato es de reprimir y juzgar lo que lleva a regaños y/o a una atención superficial. A partir de este modo de trato los y las

adolescentes exigen que en el Centro de Salud haya personal capacitado con interés y compromiso de escucha de necesidades y resolución de dudas.

El ejercicio institucional trata a los y las adolescentes como sus subordinados, no permitiendo un acercamiento positivo en la atención sobre sexualidad, y aunque los adolescentes lo identifican terminan por aceptarlo.

Menéndez (1993), señala que esto se debe a los factores económico-políticos que son determinantes en la constitución de las formas de estratificación social dominantes, pero el reconocimiento de esto no debe conducir a considerar como subordinados ni determinados a los procesos ideológicos y culturales que intervienen en el proceso salud/enfermedad/atención.

Los conceptos de hegemonía/subalternidad, así como otros procedentes de diferentes corrientes teóricas, asumen la existencia de desigualdades estratificadas, pero incluyendo como parte sustantiva de las mismas a los procesos socioculturales que operan favoreciendo la cohesión/integración, opacando las causales que establecen las desigualdades o promoviendo procesos de oposición o de otro tipo de transacciones, que posibilitan el desarrollo autónomo de sectores subalternos.

## **Limitación de capacidades**

El personal impone prejuicios y valores personales en la atención. Etiquetan a los y las adolescentes a partir de un estereotipo socialmente negativo; por su condición de clase, apariencia o edad.

“Me regañó el doctor la otra vez pero estuvo bien. Porque, dice que si sabía, que me dolían los ovarios y que si sabía dónde estaban los ovarios, pero me dijo que tenía una infección urinaria” (Ana).

El trabajador de la salud cuenta con el recurso de la palabra y a la vez ésta es algunas veces impositiva, por lo que no oye y; lo que dice es sólo una indicción de lo que no dice, le permitirá buscar formas para escudriñar en el subcontexto, en el contexto y así no perder del todo el sentido de lo que dice y de lo escucha. La comunicación en salud, la producción e intercambio de palabras con las que se significa la salud y los mensajes de salud, está sujeta a la imposibilidad de sujetar la palabra y con ella la realidad. Sin embargo, a partir de la ilusión de la verdad de las palabras, los trabajadores e instituciones de salud toman decisiones que conciernen a la vida, la muerte, el nacimiento, la vida cotidiana, el trabajo, la sexualidad, etcétera, de “los otros” frecuentemente invalidando la posibilidad de que la palabra de “los otros”, también es ilusoriamente verdadera (Chapela, 2004).

Es claro la postura institucional y el ejercicio de poder en este Modelo Médico Hegemónico validado por la misma institución, como lo señala Menéndez, (1979) dicho

modelo cumple con “la práctica médica curativo-preventiva, normatizadora, de control y de legitimación; por lo que se da un proceso de organización jerarquizada de la normatización y de control dándose una actitud de atención paternalista fomentando la pasividad de los y las adolescentes y pacientes en general”.

Así el personal de salud determina la relación dominante y ejerce en los y las adolescentes el clásico discurso “tú, joven no tienes los conocimientos”, sumando el concepto que tienen de la adolescencia que son inmaduros y que no saben lo que quieren, se realiza un comparativo entre las generaciones pasadas y las actuales, las cuales son rebeldes, y no existe disposición y apertura que permita reconocer el conocimiento de los otros, para ofrecer una atención objetiva que resuelva dudas y necesidades de los mismos. Con lo que respecta al discurso institucional éste se encuentra dentro de los tres mecanismos de exclusión del discurso que identifica Foucault (1980), siendo el de exclusión por invalidación, el cual es marginado, no escuchado, no percibido ni existente, dándose el caso del discurso de la mujer, el niño, el indígena, los adultos mayores quienes son mirados como incapaces de expresarse coherente, inteligente y significativamente. El trabajador de la salud continuamente está excluyendo por este mecanismo la palabra y el discurso del “otro” (paciente) considerado como ignorante, irresponsable e insensible e impone el discurso institucional autoritario sobre el que construye su saber y por ende su discurso.

El trabajador de la salud frecuentemente se olvida o no comprende el contexto ni el sentido de las palabras que escucha y pierde el control de sus propias palabras al emitir las fuera de contexto y del sentido que el “otro” le da a las palabras. Se pierde

cuando significa al “otro” como usuario, el cliente, el paciente, la población, sin considerar que al significar al otro de estas maneras se está significando a sí mismo.

“No todo el personal sabe dar información y orientar a toda la gente, muchas veces el médico no explica sobre el medicamento y sus efectos” (Ana).

Los y las adolescentes mencionan que, en efecto, sienten pena, y esto tanto en mujeres como en hombres, por solicitar información de educación sexual en el campo institucional, e inclusive hicieron mención de los servicios de archivo y trabajo social subcampos importantes del centro de salud, siendo el segundo subcampo mencionado, el eje central de la promoción de la salud y donde en efecto, la gente lo identifica como uno de los filtros resolutivos en sus padecimientos y dudas. Incongruentemente el personal no está sensibilizado, consecuencia de la instrucción académica hegemónica que en consecuencia limita una favorable relación médico/trabajo social-paciente, por lo que el personal argumenta visualizar que la demanda por los servicios los rebasa por lo que el trato es de baja calidad.

Es claro que la actitud del personal médico y de enfermería, no favorece el ejercicio de las capacidades humanas, como la sapiens, ludens y política de los y las adolescentes. La atención otorgada limita el ejercicio de capacidades de los adolescentes porque no permite que expresen libremente y sin temor a ser juzgado o ridiculizado, dudas y necesidades sobre su cuerpo, salud y sexualidad. En el caso de capacidad política es cuando otorgan atención de planificación familiar a mujeres adolescentes, éstas

señalaron no decidir libremente por un método anticonceptivo, sino era el médico quien escogía el anticonceptivo señalando que era el mejor y disponible en ese momento, con su carácter impenetrable y su postura de “yo personal de salud tengo el conocimiento y tú no sabes”, interponen una barrera y una relación de subordinación de los y las adolescentes por tener conocimientos de sexualidad no permitiéndoles que expresen libremente sus ideas, dudas y necesidades sin sentir culpa; por lo que no se da el acercamiento de igual a igual.

Algunos actores de salud reconocen no estar completamente preparados o actualizados para brindar información y atención con calidad a los y las adolescentes, sin embargo, el hecho de aceptarlo no justifica una actitud de atención desinteresada. Así se deja ver en el siguiente testimonio de un médico del centro de salud:

“Nada más les platica uno porque de herramientas y material no tenemos nada absolutamente aquí como médicos, nosotros y el demás personal tienen la misma situación, además algunos yo creo que también les falta mucho que los orienten. Si tan sólo cuando los adolescentes entran y les preguntan dónde hay esto, o para pedir lo otro, dónde va haber platica sobre sexo, la misma gente a la entrada ya sea el policía o personal administrativo no los orienta y les dicen: no sé, vayan y pregunten allá, no sé, vaya con el otro (se refiere a los servicios) entonces esto hace la pérdida de interés de los muchachos porque si los mandan para allá y para acá entonces los muchachos dicen esto es puro relajo y sus inquietudes aumentan cada vez y

entonces no hay una buena orientación para ellos, el mismo personal de salud no se dan a la tarea de avocarse a la problemática muy grande la sexualidad; por lo que el joven dice: ¿para qué voy al centro de salud? Bueno, aunque aquí los compañeros médicos son buenazos pero no dudo que algunos van perdiendo interés por su mismo carácter, luego no los orientan y les dicen: “no sé, ve a trabajo social y allá te van a sacar de la duda”. Nosotros los médicos nos debemos dar un tiempo ya sean 5 o 10 minutos de hablarles y tratarlos de orientar como debe de ser” (Médico Sergio).

Analizando los resultados obtenidos en el grupo de reflexión con los y las adolescentes y visualizando la otra cara de la moneda, en efecto, los adolescentes se asumen renuentes a preguntar por no sentir confianza, tolerancia y disposición a la escucha y resolución de dudas estando presente el temor a romper esa barrera institucional que refuerza el poder pedagógico que limita el ejercicio de las capacidades.

“Quisiera que me dieran confianza, ser tratada como una persona responsable capaz de tomar decisiones en mi vida” (Judith).

Es importante rescatar lo señalado por los y las adolescentes. Haciendo hincapié en la importancia de abordar y trabajar sobre la postura del personal de salud que ejerce poder institucional, y hacer un lado la actitud controladora que hace sentir intimidados a los adolescentes quienes visibilizan el ejercicio de poder institucional, las formas de discriminación de las cuales son objeto y la intimidación y el control que ejerce el

personal médico, aspectos que finalmente afectan los niveles de salud de los y las adolescentes.

Concluyo que el personal de salud -específicamente los médicos y enfermeras- son los depositarios de los saberes en salud, cuentan con los conocimientos adquiridos desde las disciplinas reconocidas como científicas y por ello tienen la autoridad pedagógica para subordinar, manipular y muchas veces decidir por el proceso salud-enfermedad de los usuarios del centro de salud que en la mayoría de los casos lo reflejan un control sobre los cuerpos de los y las adolescentes, imponiendo un poder que no favorece a una atención médico-personal de salud que reconozca a los adolescentes como sujetos cognoscentes y de derecho, con una posición no valorativa, cortés y abierta.

### **Derechos Sexuales y Reproductivos**

Con lo que respecta a la violación de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes en el sector salud es un tema ya sabido y no precisamente actual y no se excluye el centro de salud en cuestión. Así, se observó que los adolescentes cuentan con poca información sobre el tema de la salud y educación sexual, ya se mencionó que no lo abordan en los espacios educativos o familiares y en el centro de salud se limita a dar pláticas y a la entrega de folletos, volantes y trípticos no se da una interacción de información significativa, por lo que los adolescentes no muestran interés por indagar o la mayoría de los y las adolescentes sienten temor o pena acercarse a los servicios de salud y solicitar información médica y sexual debido a la carga social y familiar que los reprime sobre este tema, y esto se refleja en las respuestas que dan

cuando se les pregunta sobre la atención que les dan en el centro de salud y cuando piden información de educación sexual. Sabemos a través de las entrevistas realizadas en el centro de salud, que, aunado también la postura institucional que enfrentan, muchas veces pre-juiciosa y limitante. Así lo demuestra el siguiente comentario:

“Los jovencitos están menos orientados no saben a quién preguntar sus dudas, luego hay padres o gente que en lugar de orientarlos los desorientan más, y a veces son los amiguitos los que confunden y les quedan más dudas, si tenían 10 dudas ahora tendrán 30” (Médico Sergio).

Menéndez, (1993) menciona “el proceso salud/enfermedad/atención opera en la mayoría de las sociedades actuales latinoamericanas en un campo sociocultural heterogéneo, que implica la existencia de diferentes formas de desigualdad y estratificación social, las cuales suponen no sólo la presencia de relaciones de explotación económica, sino de hegemonía/subalternidad en términos ideológico-culturales. Esto opera a nivel de los sujetos, de las instituciones y de los conjuntos sociales”.

Los adolescentes señalaron la percepción que tienen del trato del personal de salud en los servicios que presta el centro de salud que para su análisis se agruparon en tres áreas: Atención Médica conformada por Consultorios, Trabajo Social, Enfermería e Inmunizaciones, en Gabinete por Laboratorio y Rayos X y en el área Administrativa por Archivo y Caja.

Los y las adolescentes señalaron en primera instancia que la percepción es entre buena y regular en el servicio de Atención Médica, de Gabinete y área Administrativa (ver gráfica No. 13).

Es importante señalar que a pesar de que los adolescentes expresan que de manera general reciben un buen trato del personal de salud debido a que asumen la actitud institucional impositiva como normal, nos indica que se deben mejorar dichos servicios.

“Pues sí, son amables, si bueno me tratan bien” (Norma).

Vemos que simplemente los y las adolescentes sin conocimiento de causa aceptan dicha postura y asumen que así deben ser tratados. Así lo refleja la siguiente respuesta de una adolescente de 16 años:

“Sí, en parte en unas consultas si han sido de regañó, porque me dice el doctor que por desatenderme no vengo al centro de salud, que deje todo lo que estaba haciendo, yo lo que siento es que está bien, para que así yo entienda y sepa venir con regularidad porque principalmente es mi salud y así lo tomo” (Martha).

Implícitamente en el argumento de los y las adolescentes sienten que no hay cabida o que no merecen un trato de excelencia, adecuado y/o apropiado a sus necesidades. Ya se mencionó que su cuerpo y pensamiento son objetos depositarios de conductas, reglas y normas médico-hegemónicas para sometimiento y manipulación del mismo, los

y las adolescentes creen que el personal de salud les hace “un favor” al atenderlos bien o medianamente bien; no se perciben como sujetos de derecho, y no visualizan que su derecho a la salud establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su Artículo 4to. que a la letra dice: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...” por lo que dicho derecho está siendo bloqueado o limitado; no cuestionan al respecto y no ejercen su derecho a una atención médica y educación sexual con calidad.

Aunado a lo anterior y durante el trabajo con el grupo de reflexión con respecto a la atención que se otorga en el centro de salud, los y las adolescentes mencionaron que el personal de salud no los atiende con respeto e interés, dicen sentirse discriminados durante el proceso de atención sobre todo cuando se trata de las adolescentes embarazadas, ante dicho caso solicitan una información objetiva y un chico adolescente señala:

“Confianza en una información laica, apegada al Estado, para poder quitar conflictos sobre ideologías religiosas o culturales” (Gerardo).

Los y las adolescentes señalaron que han violado su derecho a una buena atención en el centro de salud, por el simple hecho de ser varones, recalcaron que se les da un mejor trato a las mujeres sea cual sea el motivo de la asistencia médica, los adolescentes identifican que muchas veces es por la manera de vestir y de peinar, pero sobre todo existe la postura machista de que por naturaleza hay ciertas cosas sobre la sexualidad que ya saben.

Cabe resaltar que en propia voz de los y las adolescentes durante lo procesos de reflexión del grupo expresaron que cuando la pareja decide tener relaciones sexuales y ella queda embarazada ésta debe ser atendida y tratada como una mujer adulta y darle la importancia que se merece, aunque ante el ojo de los demás y de ella misma sea una adolescente, para ellos y ellas el hecho de iniciar su vida sexual es el haber dado un paso importante en su vida, que automáticamente los convierte en adultos, este pensamiento, al parecer generalizado en nuestra sociedad se ha introyectado a los grupos más vulnerables de nuestra sociedad como son los menores de edad y a los adultos mayores, repitiendo esta ideología de generación en generación.

Los y las adolescentes hicieron algunas propuestas con respecto a la atención que merece todo adolescente sea hombre o mujer y si ella está o no embarazada el trato debe ser sin distinción alguna.

“Que se nos trate como adultos, con respeto y tolerancia que se nos de bien la información que solicitamos” (Carmen).

“Quisiera que me dieran confianza, ser tratada como una persona responsable” (Ericka).

Con lo que respecta al trato que desean les dé el personal de salud mencionaron: respeto, confianza, igualdad, tolerancia, trato digno e inclusive uno de ellos mencionó información laica sobre los derechos que nos otorga el Estado, esto nos dice que los chicos perciben prejuicios y valores que el personal de salud antepone en la atención

dada, como por ejemplo “que a su edad el sexo es malo” “que no saben lo que quieren” y algunos otros tabús manejados por la sociedad, y por lo tanto no se brinda la atención de manera objetiva, profesional y ética.

“A mí me gustaría que en el centro de salud respeten los derechos de los jóvenes respecto a pedir información y no sean discriminados por lo mismo (mujeres embarazadas)” (Carmen).

“Pues saber más sobre el material anticonceptivo y las enfermedades que puedo adquirir o transmitir. Y que me respeten y me traten como tal, aun siendo joven” (Irving).

Es urgente que la institución de salud modifique la postura de atender a los adolescentes en materia de educación sexual para que se reconozcan como sujetos de derecho y no se les estereotipe negativamente por ser adolescentes “incapaces” de tomar decisiones, inmaduros y también llamados ignorantes, así lo comentó una adolescente quien al acudir a consulta de planificación familiar el médico más que recomendarle o sugerirle un método anticonceptivo, después de una explicación del uso de cada uno de acuerdo a la normatividad, terminó por insistirle qué método debía usar, no dejando que ella tomara la decisión como es su derecho. Lo anterior nos muestra una violación al derecho humano, por ende al derecho universal, ya que los y las adolescentes son sometidos a la conciencia (s) de los “otros” quitándoles por completo su derecho de libertad a decidir por su salud reproductiva.

Esta posición va en contra del Código de Ética de los médicos, son ellos quienes deben de actuar para el beneficio de los usuarios del centro de salud, en este caso de los y las adolescentes. Es importante no postergar el interés de trabajar del personal de salud haciendo a un lado la atención superficial que se les da a los y las adolescentes, es tiempo de ser parte del derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva con eficiencia y calidad.

### **Discriminación**

Con lo que respecta al tema de discriminación los y las adolescentes han experimentado inclusive discriminación de género refiriéndose que se sienten más rechazados que las mujeres, mencionan haber experimentado en alguna ocasión rechazo por su manera de vestir y de peinarse. El personal de salud maneja el concepto de adolescente varón es sinónimo a ser rebelde y no tener interés por su salud y cuerpo. De esta manera el personal de salud etiqueta a los adolescentes y genera estereotipos negativos que clasifican y categorizan a los individuos (Cook, 2010) en este sentido se restringe porque hay una preconcepción respecto de los y las adolescentes.

De acuerdo a lo anterior, los adolescentes recalcan que son los adultos quienes fomentan dicha actitud por lo que los y las adolescentes reproducen ese patrón ya sea familiar, institucional y finalmente social, ejerciendo con la misma crueldad que viven ellos al relacionarse con amigos, hermanos y pareja pudiendo lastimarse entre sí, en la búsqueda de identidad y de ser aceptados en los círculos inmersos.

## **Necesidades de los y las adolescentes**

“En los centros de salud me gustaría que el trato sea mejor, que en verdad le den la importancia que se merece la gente, que nos proporcionen información y que haya material que requiera la gente y que sea más rápido el servicio” (Montserrat).

“Deben poner mas atención en los jóvenes y deben instalar un módulo especializado” (Rodrigo).

Los y las adolescentes hacen mención en el grupo de reflexión de que el personal de salud, en su mayoría, es gente adulta lo que les hace pensar que puede ser un obstáculo para la comunicación por lo que perciben poca información, e hicieron mucho hincapié de que el centro de salud debe contar con más personal joven, capacitado y/o especializado que pueda dar una atención con calidad.

“Me gustaría que la gente que proporciona la información no sea tan cerrada en este tema, ya que me ha tocado que cuando voy a pedir información la gente nada más me dan un folleto y condones pero no me explican nada” (Fernando).

Los y las adolescentes tienen el deseo de interactuar con otros adolescentes y jóvenes en materia de educación sexual, ya que el comunicarse de igual a igual se da un acompañamiento que les da confianza y seguridad, dándose un actuar práctico y

didáctico en grupo, de tal manera que implícitamente buscan crear un espacio pedagógico donde se sientan en un mejor ambiente y se identifiquen con los otros.

De igual forma los y las adolescentes expresaron el deseo de romper con las barreras institucionales y proponen salir del campo médico y crear más espacios pedagógicos dentro de sus propias comunidades que potencialmente las perciben como espacios importantes para tratar el tema de la sexualidad e implícitamente buscan la relación de igual a igual con el personal médico.

Y continuando con los y las adolescentes no podemos dejar de hablar de la tecnología cibernética inmersa en nuestra sociedad y dicho instrumento de comunicación de los jóvenes por lo que hacen mención de que existiera una página WEB en la cual los jóvenes puedan hacer preguntas anónimas y que sean respondidas con información veraz, que permita compartir opiniones de otros y que se interactúe entre iguales, en general solicitan servicio rápido y eficaz.

Sin embargo, ante dichas peticiones de los y las adolescentes, contrariamente no solicitan los servicios en el centro de salud o en otros casos no tienen claro en dónde y cómo buscar la información, aunado a esto también mencionaron los adolescentes que es mucho el tiempo que los hacen esperar en el centro de salud, que de por si les es difícil acercarse, lo ven como un obstáculo el tiempo que tardan en atenderlos, así lo expresó una adolescente:

“me gustaría que no nos hicieran esperar tanto” (Rosa).

Así mismo solicitaron un taller para tratar otros temas y no sólo de sexualidad, haciendo hincapié en salud mental, temas de género y adicciones para que ayuden a los jóvenes a no caer en vicios.

## Conclusiones

De acuerdo con los resultados de la investigación realizada con los y las adolescentes y el personal de salud en el centro de salud Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda, se concluyó que el personal de salud ejerce poder institucional en los y las adolescentes, lo cual no permite que éstos tomen sus propias decisiones. En primer lugar, algunos médicos no atienden a los y las adolescentes si éstos no van acompañados por un familiar o adulto que se haga responsable de ella o él, argumentando que es por seguridad personal sintiéndose más confiados que otro adulto asuma la responsabilidad del adolescente. Esto viola su derecho de atención de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993, publicada en su versión actualizada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de enero de 2004) que establece que la planificación familiar es un derecho de toda persona, independientemente de su género, edad y estado social o legal. También señala que la consejería en materia de planificación familiar debe dar particular atención a la población adolescente, con absoluto respeto al derecho a decidir sobre su conducta sexual y reproductiva y al consentimiento informado en la prescripción de métodos anticonceptivos (NOM-005-SSA2-1993, pág. 4). Esto muchas veces limita a los y las adolescentes de no expresar libremente sus dudas y necesidades con respecto a su cuerpo y sexualidad, se sienten intimidados y juzgados por ambas partes; en segundo lugar hay adolescentes que no tienen familia o tutor, algunos pueden encontrarse en situación de calle, esto tiene como consecuencia que los adolescentes no se acerquen a los servicios de salud y enfrenten los procesos de enfermedad sin acompañamiento afectando sus niveles de salud.

Dejar de prestar a los y las adolescentes información y servicios apropiados y oportunos por temor a legitimar y alentar la actividad sexual no es una opción viable y resulta contraproducente.

La afectación a su capacidad política podemos observarla cuando los y las adolescentes asisten a consulta de planificación familiar y en donde la mayoría de las veces no son ellos quienes libremente deciden por el método de anticoncepción, los y las adolescentes expresaron que es el médico (a) quien le “sugiere” el método a usar y no hay una explicación amplia e informada de los efectos en la salud al optar por uno de ellos, violando otro derecho como lo señala la NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar en su inciso 4.1.1: “Los servicios de planificación familiar deberán proporcionar información, orientación, consejería, selección, prescripción, contraindicaciones y aplicación de métodos de control de la fertilidad, identificación y referencia en casos de esterilidad e infertilidad, prevención de infecciones de transmisión sexual, atención materno-infantil, detección del riesgo preconcepcional, detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y de mama, además del manejo de la perimenopausia y la posmenopausia. La prestación de los servicios deberá de otorgarse de una manera integral con calidad y calidez a toda la población” (pág. 6). Y esto evidencia de que los y las adolescentes son considerados como objetos por su condición de menores de edad (el 58% son mujeres y el 42% son hombres) aspecto que viola el derecho a la salud cuando las decisiones deben partir del sujeto informado de acuerdo con lo señalado en la observación 14 del Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales.

Respecto de la capacidad erótica no existe posibilidad desde los discursos de la institución a ejercerla de una manera que promueva mejores niveles de salud, el poder del discurso sobre sexo y sexualidad se le transfiere –por parte del metacampo del Estado- de manera exclusiva al personal de salud, que no promueve la aceptación, expresión y ejercicio de manera libre, responsable y plena de su sexualidad, sino parte de un discurso prohibitivo y culpabilizador. Estos discursos son manejados también en la familia y la escuela, agencias de esta reproducción social.

En otro lado de la moneda existen algunos padres y madres que desean ayudar a sus hijos e hijas establecen una comunicación con tabús en cuestión relativas al sexo. Se sienten incompetentes para enfrentar esa tarea, y por otro lado, los hijos e hijas se muestran a menudo avergonzados para abordar el tema con sus padres, lo que trae como consecuencia recurrir a otras formas que les den respuestas, no siempre de fuentes confiables, como puede ser la internet, los amigos, revistas, en la escuela que más de las veces no es la que precisamente se interese por ello. Es imposible apartar a la población infantil y adolescente de las influencias sexuales sin una adecuada u optima educación sexual.

Algunos modelos de comportamiento y la influencia de los diferentes medios de comunicación como son la televisión, revistas y los anuncios comerciales bombardean constantemente, pero no se compara con el silencio y las respuestas evasivas de padres y profesores.

Con lo que respecta a la atención médica el cuerpo es visto dentro de la institución como territorio en el cual se inscribe la hegemonía de mercado y el discurso médico hegemónico construido por percepciones, representaciones, significados y valores propios de la institución médica donde la salud es concebida, practicada y vinculada a la enfermedad en sus tres dimensiones: prevención, curación o rehabilitación.

Sobre la capacidad sapiens, ésta se ve limitada por el personal de salud al no escuchar los conocimientos, saberes y experiencias de los y las adolescentes cuando se establece la relación médico-paciente, los tratan de ignorantes al hacerles sentir que por su juventud “no saben lo que quieren” y que “a su edad el sexo es malo”, esto nos muestra que el personal impone prejuicios y valores personales en la atención.

Etiquetan a los y las adolescentes a partir de su condición de clase social, apariencia o edad. La postura que el personal adopta es paternalista siempre manejando el “regañón” porque “tú no lo sabes”, ejerciendo poder y haciendo uso de los capitales cultural y simbólico, es decir, de los conocimientos, habilidades y autoridad que la educación formal y la propia institución les otorga. El personal no muestra disposición ni apertura de reconocer la palabra del “otro” como “sujeto” que permita ofrecer una atención objetiva, por lo que las palabras de los y las adolescentes no son escuchadas, más aún son inexistentes.

Respecto a como se concibe la promoción de salud y la forma de estructurar sus prácticas en materia de educación sexual desde la institución por el personal de salud queda clara la visión que se tiene. La operatividad de los programas de promoción de la

salud se centra en hacer difusión y entrega de métodos anticonceptivos, volantes, trípticos, folletos, carteles, pulseras alusivas al tema, condones y dar pláticas informativas con un enfoque preventivista que hace alusión a la adquisición de repertorios conductuales o modificación de los mismos en donde colocan a los sujetos como simple usuarios de servicios, que bien utilizados, fomentan la salud de la población.

Si bien, durante el proceso de investigación se observó como los y las adolescentes al preguntar en archivo clínico en dónde les pueden ofrecer información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos el personal de salud los envía a trabajo social, una vez ahí las trabajadoras sociales sólo se concretan a darles algunos folletos, condones y pulseras alusivas al tema los comentarios dirigidos a los y las adolescentes es que deben leer la información, pero no se da una atención personalizada y por ende no se ofrece una consejería detallada tampoco se le sugiere que solicite consulta médica para una atención y un seguimiento personal.

Así las formas de entender la promoción de la salud en materia de salud sexual, ya sea en el campo escolar y/o en el campo institucional, parten de principio paradigmático biologicista, ya sea que se aluda al campo de la medicina o de la psicología, dichas prácticas limitan las capacidades de los y las adolescentes.

No se atienden las necesidades de los y las adolescentes y no se escuchan las experiencias que permitan construir conocimientos y aprendizajes significativos de manera individual y colectiva.

La educación sexual no es tan sólo el hecho de mostrar un condón y decir cómo usarlo; de hablar sobre infecciones de transmisión sexual y del VIH, es fundamental tener dichos conocimientos, sin embargo considero que también debe hablarse de responsabilidad, de amor y no hacer a un lado las emociones y sentimientos, es importante hablar sobre el placer sexual, el erotismo y las prácticas sexuales de los y las adolescentes para entender sus significados, es decir, poder desentrañar los procesos subjetivos que se desarrollan en sus procesos de construcción de su identidad sexual.

Un enfoque emancipatorio en la educación sexual para niños y adolescentes desde la promoción de la salud lograría dejar a un lado los tabús y valoraciones personales por parte del personal de salud ya que al interponer sus valores y prejuicios personales no les permite dar una atención objetiva y profesional, el discurso institucional es superficial limitándose a frases como; "cuidate", "no seas tonto (a)", "no sabes a lo que vas", pero no encontramos frases que permitan a los y las adolescentes ejercer sus derechos sexuales, tener prácticas sexuales con responsabilidad, ejercer el erotismo, apropiarse del cuerpo, apropiarse de los discursos, ejercer sus capacidades humanas; contrario a esto se fomentan discursos del miedo y la culpa que se inscriben en los cuerpos y reproducen en la esfera individual y colectiva.

El médico o médica percibe que los y las adolescentes tienen muchas dudas y reconocen también que como personal de salud no ofrecen una atención significativa para los jóvenes, argumentando que es por falta de tiempo, espacio y por la exigencia de productividad laboral que tienen que cumplir como metas por lo que esta situación

se convierte en una barrera institucional que en la mayoría de los casos impide una relación de médico/paciente, es decir de sujeto a sujeto, que busque resolver dudas y den paso a tomas de decisión tanto en lo individual y/o en pareja con respecto a sus necesidades de sexualidad de los y las adolescentes.

En otros casos, el personal de salud antepone sus prejuicios y valores personales cuando atienden a los y las adolescentes, esto se observó principalmente con las madres adultas, su postura corporal y verbal es de madre protectora y recriminante lo cual la atención brindada no es objetiva ni ética; dicho comportamiento se da al inicio de la consulta acompañado de el “regaño” con el discurso de: “mujercita tú qué sabes, estás segura”, “chamaco y en la escuela cómo vas” o “estás muy joven para esto”, una vez que sienten haberles dado una lección de educación y reflexión sobre la sexualidad y la postura de temor que deberían tener viene la explicación “médica” tratan de aclararle dudas y proporcionar algún método anticonceptivo si éste es solicitado por él o la adolescente, o bien en el mejor de los casos, el médico o médica le sugiere alguno ya que como se mencionó anteriormente algunas veces es el personal de salud quien decide por el método.

Lo anterior también se debe a la educación familiar y de la postura religiosa de los trabajadores de salud que ya introyectado le es difícil reservarlo durante la consulta, y de manera automática aflora en el proceso de atención que muchas veces se ve a la sexualidad como algo pecaminoso por lo tanto prohibido, “acto” que debe reservarse hasta el “matrimonio” y a una “edad razonable”, debido a esto los y las adolescentes se

siente incómodos, juzgados y limitados en sus capacidades como son la sapiens (pensar), la erótica (sentir) y la política (decidir).

La visión y prácticas del Programa de Atención a la Salud de los Adolescentes deben ser replanteadas en el sentido de su contenido, las prácticas de promoción y educación para la salud. Analizar el planteamiento teórico y metodológico de la promoción de la salud haciendo una conjunción con la institucional y abordar el lado social, cultural, humano, ético, aún cuando se sabe que ello planteamiento se convierte en un peligro para las agencias de poder al cuestionar su hacer y dominio; este dominio es posible ya que las prácticas médicas envuelven de forma directa al cuerpo físico y a la subjetividad de las personas que exponen su cuerpo como territorio a la acción médica, y no permite el ejercicio de capacidades.

La posibilidad de crear espacios pedagógicos en los campos institucionales o no en los cuales los y las adolescentes puedan compartir experiencias, significados y conocimientos individuales y colectivos, implementando estrategias y prácticas innovadoras para inmiscuir a los y las adolescentes a todas las actividades y propuestas para satisfacer sus necesidades para que sean ellos quienes descubran y ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos asumiéndose como sujeto de derecho, es decir, dueño de su cuerpo, adquiriendo un significado para su sexualidad y su proyecto de vida en general, de tal manera que los resultados se reflejen cualitativamente y no sólo cuantitativamente que es lo que interesa a la institución.

Durante el proceso de la investigación realizada en el centro de salud recibí la negativa del personal de salud sentí el rechazo institucional que los usuarios viven cotidianamente, en un principio me sentí frustrada de las actitudes de los “compañeros” de trabajo, de su resistencia por participar y apoyar un trabajo escolar y a una integrante del equipo de personal de salud. Sin embargo, como promotora de salud me propuse superar esas barreras persuadiendo al resto del personal, tenía presente que eso ocurriría de acuerdo a la experiencia laboral que me ha dado el tiempo trabajado en la institución. He observado que cuando no perteneces al gremio, en este caso el de las trabajadoras sociales, es complicado que seas aceptado más aún cuando sienten que su trabajo o imagen es cuestionado.

De manera ingenua esperaba (o deseaba) una actitud participativa y solidaria del personal, aspecto que no limitó continuar con mi trabajo de investigación; comprendí que cruzan aspectos de conformación del *habitus* institucional en los sujetos pero también construcciones subjetivas en sus formas de relacionarse con los y las otras, no es una cuestión que la propia filosofía a planteado respecto a la maldad de los sujetos, sino tiene que ver con aspectos colectivos e individuales. La promoción de salud emancipatoria explica los campos de interacción y la posibilidad del ejercicio de las capacidades humanas.

Con los resultados de ésta investigación podrían tomarse en cuenta en un futuro no lejano para contemplarlo en programas de salud en atención a los adolescentes, con el objetivo de fomentar en los y las adolescentes el espíritu de promoción de la salud y el ejercicio de sus capacidades humanas, la finalidad es que se inicie una cadena de

información y formación de promotores de salud en la comunidad que oriente sobre la importancia del ejercicio de una sexualidad plena y responsable.

En conclusión, el propósito del trabajo es visibilizar las opiniones y las necesidades de los y las adolescentes que tienen acerca del servicio que ofrece la institución de salud - en materia de educación sexual-, rescatar sus experiencias, darles voz y principalmente realizar un análisis crítico prácticas de promoción de la salud a partir de los propios cuestionamientos de los y las adolescentes, de lo recabado en campo y de los propios señalamientos del personal de salud.

A partir de lo recabado se propone en primer lugar generar un campo de intervención en salud sexual y reproductiva de una disciplina que se encuentra en construcción; la promoción de la salud y por otro fortalecer una cultura de salud que vaya más allá del preventivismo institucional, que si bien no se menosprecia no permite el pleno ejercicio de capacidades como sentir, pensar, decidir y adquirir aprendizajes que les permitan no sólo el conocimiento de su realidad sino la transformación de la misma, elevando con ello sus niveles de salud individual y colectiva, lo cual es el fin último de la promoción de la salud.

## Referencias

Aberastury, A y Knobel, M. (1992). "La Adolescencia Normal, un enfoque psicoanalítico". México: Paidós.

Almeida, N. (1992). "Epidemiología sin números". Washington D. C.: OPS/OMS. Serie Paltex N° 28. Prólogo y Capítulos 1, 2, 3 y 4. pp. XV-29.

Almeida, N. (2000). "La ciencia tímida". Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial. Capítulo 8. pp. 157-176.

Álvarez-Gayou J. L. (1999). La sexualidad humana como construcción multidisciplinar. Transvestismo, agenerismo, transgenerismo y transexualismo. En Master de Educación Sexual, Nivel I, Universidad de la Laguna, Tenerife.

Archivo Histórico de la Delegación Iztapalapa (2010).

Plaza Cuitláhuac, Porfirio Díaz y 5 de mayo  
Barrio San Lucas, Iztapalapa

Archivos Hispanoamericanos de Sexología. (1998). Instituto Mexicano de Sexología, Facultad de Psicología de la UNAM. México: Volumen IV Número 1.

Atlas de la Ciudad de México. Departamento del Distrito Federal, Secretaria General de Desarrollo Social, Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano. P. 290.

*Berger, P; Luckmann, T.* "La construcción social de la realidad". *Amarrotu* editores, pp 255.

Bourdieu, P. (1987). "Lecture, lecteurs, lettrés, literatura, en Choses dites". París, Editions de Minuit, pp. 132-143.

Bourdieu, P. (1997). "Capital cultural, escuela y espacio social". Siglo XXI editores. México.

Cerruti S. y Colaboradores. (1992). "Sexualidad Humana, aspectos para desarrollar docencia en educación sexual". Organización Panamericana de la Salud.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. "Artículo 4º" Edición comentada, Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM-Porrúa, México, 2004.

Chaby, L. (2005). "La Adolescente y su cuerpo". Siglo Veintiuno Editores, S. A. de C. V. Pág. 7.

Chapela, M. C. (1998). "Planificación para la promoción de la salud". Documento de trabajo del Diplomado en promoción de la salud mayo-octubre UAM-Xochimilco, pp. 1-17.

Chapela, M. C. (2001). "Promoción de la salud. Siete tesis del debate". Cuadernos Médico Sociales, Rosario, No. 79, pp. 59-69.

Chapela, M. C. (2004). "La palabra y el sujeto". Documento de trabajo del Diplomado en promoción de la salud UAM-Xochimilco, pp. 1-18.

Chapela, M. C. (2007). "Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria". Documento de trabajo del Diplomado en promoción de la salud UAM-X, pp. 2-24.

Diagnóstico de salud 2008. Centro de Salud T-III Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda. Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa.

Alfonso Toro s/n esq. Fausto Vega

Colonia Escuadrón 201

C. P. 09060 Delegación Iztapalapa.

El Colegio de México (1999). "Salud Reproductiva y Condiciones de Vida en México, para comprender la Subjetividad Integración Cualitativa en Salud Reproductiva y Sexualidad". México: Afluentes S.C.

Estrada, L (1992): "El ciclo vital de la familia". México: Editorial Posada, pp. 89-105.

Estrada, J. L y Arriaga. (2003). Análisis Económico de la Delegación Iztapalapa: una aproximación en el contexto de la integración comercial de México: UAM- Iztapalapa. Vol. XVIII, Núm. 23.

Ezequiel A. (1993). "¿Cómo hacer reuniones eficaces?" México: Editorial "El Atenco".

Foucault, M. (1970). "La arqueología del saber". México. Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1976). "Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber". México: Siglo XXI Editores.

Freire, P. (1970). "Pedagogía del oprimido", editorial Siglo XXI.

Hernández S. R., Fernández, C. C. (2005) "Metodología de la investigación". México; editorial Mc. Graw Hill.

Higashida, B. "Ciencias de la Salud". Cuarta Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A. de C. V. Pág. 241.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2010 (INEGI). Cuaderno Estadístico Delegacional.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2008 (INEGI). XII Censo General de la Población y Vivienda. México.

Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa, Departamento de Estadística  
Alfonso Toro s/n esq. Fausto Vega  
Colonia Escuadrón 201  
C. P. 09060 Delegación Iztapalapa.

Kett, J. (1993). Descubrimiento e Invención de la Adolescencia en la Historia. en Journal of Adolescent Health. 14:665.

Kickbusch, I. (1997). "Promoción de la salud: una perspectiva mundial", en Promoción de la salud: Una antología. Publicación Científica 557. pp. 15-22.

La educación sexual en México. (2008, 03 de mayo). Letra S, La Jornada.

La sexualidad y la iglesia. (2007, 05 de diciembre). Letra S, La Jornada.

Lamas, M. (2002). "Cuerpo: diferencia sexual y género". México: Editorial Taurus.

Laurell, A. C. (1981). "La Salud-Enfermedad como Proceso Social", en Revista Latinoamericana de Salud.

Martínez, O. P., Valentín (1997). "Los adolescentes ante el estudio". Editorial Fundamentos 1., pp. 320.

Mendoza, Z. (1994). De lo biológico a lo popular. El proceso salud/enfermedad/atención en San Juan Copala, Oaxaca, Tesis de maestría en Antropología Social, México, ENAH.

Menéndez, E. L. (1991). "Definiciones, indefiniciones y pequeños saberes", en Alteridades, año 1, núm. 1, México, UAM-Iztapalapa, pp. 21-32.

Menéndez, E. L. (1992). "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales", en Roberto Campos (comp.), La antropología medica en México, tomo I, Instituto Mora, México., pp.97-114.

Menéndez, E. L. (1994). "La enfermedad y la curación". ¿Qué es medicina tradicional? Edit. Alteridades. Volumen 4, número 7. pp. 71-83.

Menéndez, E. L. (1998). "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes". Estudios sociológicos XVI. 46. pp. 64.

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 De los Servicios de Planificación Familiar.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 para la atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.

Organización Panamericana de la Salud. (1998-2001). "Plan de Acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas".

Organización Panamericana de la Salud. (1985). "La Salud del Adolescente y el Joven en las Américas".

Organización Panamericana de la Salud. (1992). "Sexualidad humana". 4ta. edición Montevideo.

Parrini, R. (2010). "Los archivos del cuerpo". Seminario de investigación ¿cómo estudiar el cuerpo? Taller de sexualidad en el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE).

Pedagogía y Psicología infantil. (1996). "Pubertad y Adolescencia". Biblioteca práctica para padres y educadores. Editorial Cultural S. A.

Pineda, E. y Alvarado. E. L. "Metodología de la investigación". Manual para el desarrollo de personal de salud. Segunda edición OPS/ OMS.

Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (1986), Carta de *Ottawa* para la promoción de la salud. Una Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Hacia un nuevo concepto de la salud pública. 17-2 de noviembre de 1986. Ottawa, Ontario, Canadá.

Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia 2001-2006. Secretaria de Salud.

Programa Nacional de la Adolescencia 2001-2006. Secretaria de Salud.

Reglamento Interior de la Secretaria de Salud. Capitulo VI. Artículo 17.

Rosales, S. y Reyes. E. (1999). "Fundamentos de Enfermería". México: Editorial Moderno. Segunda edición. pp. 40 y 41.

Sánchez, D. (1999). Compilador Memoria del 1er. Foro de Diversidad Sexual y Derechos Humanos. México: Nueva Generación Editores.

Santiago, B. (2004). "Análisis sobre la vivencia social en la Delegación Iztapalapa". México.

Silber, T. J. (1992). "Manual de Medicina del Adolescente". Washington, D. C: Editorial Organización Panamericana de la Salud.

Stern, C. (2001). "Sexualidad y Salud Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes en México", aportaciones para la investigación.

Szasz. I y Lerner. S. (1999). "Para comprender la subjetividad Integración Cualitativa en Salud Reproductiva y Sexualidad". El Colegio de México.

Torres, G. (2009). "La Poderosa Iztapalapa: Un conflicto que puede desbordarse". En el Universal.

Trayectoria de México en materia de educación sexual. (2010, 06 de septiembre). Letra S, La Jornada.

William H. y Johnson, V. E. (1967). "Respuesta sexual humana". Buenos Aires: Intermédica Editorial.

## **Cibergrafía**

Álvarez Gayou J. L. "Expresiones Comportamentales" en [www.imesex.mg](http://www.imesex.mg)

Aranda, D. (2010). Intervenciones educativas sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes, en Revista Vinculando. (Versión electrónica)

[www.bus.sld.cu](http://www.bus.sld.cu) (consultada el 08 de abril 2011)

[www.eluniversal.com.mx](http://www.eluniversal.com.mx) (consultada el 04 febrero 2011)

[www.iztapalapa.gob.mx](http://www.iztapalapa.gob.mx) (consultada el 25 de marzo 2010)

[unicef/paraguay.com](http://unicef/paraguay.com) (consultada el 19 de febrero 2009)

[www.scribd.com/Berger-Luckman-la-construccion-social-de-la-realidadpdf](http://www.scribd.com/Berger-Luckman-la-construccion-social-de-la-realidadpdf) (consultada el 04 mayo 2011)

[www.unicef.org/mexico/spanish/niños](http://www.unicef.org/mexico/spanish/niños) (consultada el 13 noviembre 2010)

[www.unfpa.org.mx](http://www.unfpa.org.mx) (consultada 25 marzo y 07 julio 2010)

**"JOHNNY"**

**TESIS Y ENCUADERNACIONES**

**URGENTES EL MISMO DIA**

**DIRECTO DE TU MEMORIA**

**CALIDAD Y PRECIO**

Tel.: 5512 2747 / Cel.: 554568 8986

e-mail: [tesejohnny@hotmail.com](mailto:tesejohnny@hotmail.com)

