

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Análisis de la aplicación de la perspectiva de Promoción de la Salud en el programa "Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018" de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México, Alcaldía Gustavo A. Madero"

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA Y LICENCIADO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTAN

Sarahi Jazmin Reyes Landin

y

Eduardo Peña Hernández

Director de la Tesis

Mtro. Porfirio Miguel Hernández Cabrera

Ciudad de México diciembre, 2023

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.

Dedicatorias

A mis padres Ciriaco y Marcela, por su gran esfuerzo, desvelos, dedicación e incondicional apoyo para que este sueño se cumpliera a pesar de las grandes dificultades de la vida.

A mis hermanas Abigail y Selene, por motivarme y caminar a mi lado en cada elección de mi vida y, por los gratos momentos.

A Alfredo, Magally y Verónica, por ser unos segundos padres para mí.

A María de Jesús, Laura, Jorge y la familia Molina Vargas, por el soporte y las palabras de aliento.

A Ángel, mi compañero de vida y a mi hijo Ángel Samir, por acompañarme y darme la motivación para cada día ser mejor persona.

Sarahi

A Juanita, mi madre y a Fernanda, mi hermana, por ser mis acompañantes de vida, mi más puro amor e inspiración en todo momento.

A mis abuelas Margarita y Anita, por ser mi mayor ejemplo de lucha y de felicidad ante las adversidades de la vida.

A mis tías Blanca y Mónica, por siempre estar pendientes de mí y apoyarme incondicionalmente,

A todas ellas, mujeres guerreras, con mi más profunda admiración e infinito amor y respeto.

Eduardo

AGRADECIMIENTOS

Indiscutiblemente, la elaboración de una tesis es un trabajo muy complejo, el cual demanda tiempo, energía, disciplina y una planeación adecuada; además del apoyo y participación de personalidades que son clave para el desarrollo de la misma y cuya contribución hizo posible la realización de esta labor.

Nuestra inmensa admiración, respeto y gratitud a nuestro profesor de asignaturas en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), y posteriormente director de tesis, el Mtro. Porfirio Miguel Hernández Cabrera, por sus enseñanzas, su esencia, el tiempo invertido; porque desde el primer día mostró su apoyo y entusiasmo brindándonos la confianza al subir al tren del presente trabajo hasta llegar al fin de este viaje. Gracias por contagiarnos de esa pasión al estar en el proceso de realización de lo grandioso de la investigación; gracias también por hacer madurar, crecer y desarrollar aspectos que como investigadores no conocíamos; pero, sobre todo, gracias por compartir esos momentos de sonrisas, de pláticas y consejos que, sin duda alguna, fortalecieron el afecto y la admiración. A nuestros lectores: el Mtro. Eduardo Flores Soto, la Dra. María Eugenia Covarrubias Hernández y la Dra. Luz María Gómez Ávila; por el apoyo y el tiempo invertido para revisar nuestro trabajo de investigación, y por realizar aportaciones que, innegablemente, lo fortalecieron.

Agradecemos también a nuestros informantes profesionistas en salud y al grupo focal de adolescentes quienes, con su valiosa participación, hicieron posible el trabajo de campo de la presente tesis; infinitas gracias por la confianza y el tiempo brindados y, sobre todo, por compartir sus saberes y experiencias.

Para finalizar, agradecemos a nuestra segunda casa, la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), por formar profesionistas comprometidos con su labor; así como también por brindarnos recursos económicos que permitieron la culminación del presente trabajo.

Resumen

México ocupa el primer lugar a nivel mundial en embarazos adolescentes, lo cual se ha convertido en un problema de salud pública. La falta de educación sexual, la poca orientación asertiva y la escasa supervisión médica por el miedo de los y las adolescentes a ser juzgados, son factores determinantes de embarazos de riesgo, partos prematuros y otros problemas que afectan su salud sexual y reproductiva.

En este sentido, la presente investigación tuvo como objetivo general realizar un análisis, desde la perspectiva de la promoción de la salud, del programa “Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018”, de la Secretaría de Salud en la alcaldía Gustavo A. Madero, a partir de las experiencias de los y las profesionistas de salud que llevan a cabo el programa, y de adolescentes participantes en el mismo, para proponer líneas de intervención que generen un mayor impacto. La intención es fomentar el disfrute de una vida sexual satisfactoria y responsable, impulsando mayor incidencia de la promoción de la salud mediante la construcción de la capacidad de elección y el fortalecimiento de la salud en general.

Para ello, se realizó una investigación de campo de corte cualitativo con un enfoque fenomenológico y alcance exploratorio mediante un grupo focal integrado por cinco estudiantes de una secundaria pública, que participaron en el “Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud” (GAPS), que es una estrategia de intervención del mencionado programa. Asimismo, se realizaron cuatro entrevistas en profundidad con profesionistas de la salud que participaron en su aplicación.

Los principales hallazgos de la investigación con base en los objetivos planteados son: la confirmación de que el programa fue creado por instrucciones de la OMS bajo un enfoque preventivo y con una postura conservadora, cuyas prioridades son evitar embarazos, muertes materno-infantiles e ITS. En cuanto al acierto de las estrategias ocupadas en el GAPS, sobre la capacitación a los y las adolescentes y que a su vez estos funjan como promotores de la salud a gran escala, se demostró que entre pares sí se pueden transmitir conocimientos de: prevención, autocuidado, detección y canalización de casos de adolescentes en riesgo; reconocimiento de la importancia de tratar temas de situaciones que orillan a los y las jóvenes a realizar actos de riesgo sexual. Se detectó la necesidad de que el programa tenga una visión liberal, gracias a que los y las adolescentes externaron abiertamente el deseo de saber más allá de prevención de embarazos e ITS; sus inquietudes giran en torno a: la diversidad sexual; las formas de contacto sexual protegido más allá del heterosexual; la concepción de la sexualidad no solo como un acto para procrear, sino a contar con las herramientas que les permitan actuar y disfrutar de forma responsable su vida sexual.

Los resultados obtenidos permiten concluir que la falta de información oportuna en los libros de texto, la falta de desarrollo y profundidad en temas de sexualidad por parte de profesionistas dentro de las instituciones educativas, y el poco acercamiento del sector adolescente a las instituciones de salud, son factores relacionados con la postura conservadora que sobre la sexualidad hoy por hoy sigue predominando en la sociedad mexicana. Por lo anterior, es de suma importancia replicar los aciertos del programa y reforzarlos con otras perspectivas más incluyentes para generar un cambio en la información de índole sexual que reciben las y los adolescentes en beneficio de su salud; también es indispensable dar un seguimiento a la población adolescente que participa en los GAPS para que los conocimientos que se les brinde sobre salud sexual no se queden únicamente como un dato informativo, sino que sean conocimientos que adopten para abatir situaciones de riesgo y generar un impacto constante en pro de su salud a lo largo de su vida.

ÍNDICE

	pág.
INTRODUCCIÓN	9
MARCO TEÓRICO	13
CAPÍTULO I. SALUD, PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	13
I.1 Definición del concepto de salud.....	13
I.2 La prevención de la salud.....	15
I.3 La promoción de la salud.....	17
I.3.1 Educación para la salud.....	20
CAPÍTULO II. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA	23
II.1 Perspectiva de salud sexual y reproductiva.....	23
II.2 Posturas ante la salud sexual y reproductiva.....	24
II.3 La perspectiva de género.....	26
II.3.1 Masculinidad y feminidad como construcción social.....	28
II.4 Salud sexual y reproductiva en la adolescencia.....	29
II.4.1 El ejercicio de la sexualidad en los y las adolescentes.....	31
II.4.1.1 Embarazo adolescente e infecciones de transmisión sexual.....	33
CAPÍTULO III. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA	37
III.1 Conferencias internacionales de promoción de la salud y su relación con la salud en la adolescencia.....	37
III.2 Precedentes de la salud sexual y reproductiva en México.....	41
III.3 Programa de Acción Específica “Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018”.....	43
III.3.1 Servicios Amigables.....	45
III.3.2 Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS)..	46

III.3.3 Jornadas de Salud.....	48
III.4 Cartilla de Derechos Sexuales y Reproductivos para Jóvenes	49
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA.....	51
IV.1 Planteamiento del problema.....	51
IV.1.1 Preguntas de investigación.....	52
IV.1.2 Objetivos general y específicos.....	53
IV.1.3 Justificación del problema.....	54
IV.2 Sujetos de investigación	56
IV.3 Escenario.....	56
IV.4 Alcance de la investigación.....	57
IV.5 Procedimiento.....	58
IV.5.1 Fase 1 Selección de los informantes.....	59
Tabla Núm. 1 Características académicas y laborales de los profesionistas en salud entrevistados.....	63
IV.5.2 Fase 2 Entrevista en profundidad.....	65
IV.5.3 Fase 3 Grupo focal.....	67
CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	71
V.1 La perspectiva de los y las profesionistas en salud responsables del Programa “Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018”.....	71
V.1.1 Adolescentes.....	71
A) Características sociodemográficas de la población adolescente.....	71
B) Problemáticas adolescentes sobre salud sexual y reproductiva.....	74
V.1.2 Perspectiva de promoción de la salud.....	79
C) Prevención.....	79
D) Promoción de la salud	80
E) Educación para la salud	82

V.1.3 Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes	84
F) Origen del programa	84
G) Perspectiva del programa.....	85
H) Ejecución del programa	88
H.1) Servicios amigables.....	88
H.2) GAPS.....	90
H.3) Jornadas de Salud.....	93
I) Evaluación del programa	95
J) Opinión sobre el programa	98
K) Sugerencias	99
V.2 La perspectiva de los y las adolescentes del grupo focal.....	103
V.2.1 Adolescentes	103
A) Concepción de la adolescencia	104
B) Cambios físicos	104
C) Cambios psicosociales	105
D) Cambios cognitivos	107
V.2.2 Sexualidad	108
E) Comportamiento sexual	108
F) Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).....	115
G) Embarazo adolescente	118
H) Métodos anticonceptivos	122
V.2.3 Participación en el programa Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS).....	123
I) Aplicación de la promoción de la salud sexual y reproductiva.....	123
J) Diversidad sexual.....	125
K) Evaluación y experiencias del programa.....	127
L) Opiniones y sugerencias.....	129

CAPÍTULO VI. CONSIDERACIONES FINALES	130
VI.1 Recapitulación de las averiguaciones más significativos de la investigación.....	130
VI.2 Trascendencia de los resultados obtenidos.....	137
VI.3 Autocrítica metodológica.....	138
VI.4 Reflexión final.....	140
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	143
ANEXOS.....	152
Anexo Núm. 1 Cuestionario de selección de los informantes.....	153
Anexo Núm. 2 Oficio de solicitud para el trabajo con grupo focal.....	155
Anexo Núm. 3 Carta de consentimiento informado.....	156
Anexo Núm. 4 Guion de entrevista semiestructurada con los profesionistas en salud	157
Anexo Núm. 5 Guion de entrevista semiestructurada del grupo focal con adolescentes.....	161
Anexo Núm. 6 Transcripción de la entrevista con el promotor de la salud.....	166
Anexo Núm. 7 Transcripción de la entrevista con el médico.....	185
Anexo Núm. 8 Transcripción de la entrevista con la médica.....	198
Anexo Núm. 9 Transcripción de la entrevista con el enfermero.....	213
Anexo Núm.10 Transcripción del grupo focal con adolescentes.....	226

INTRODUCCIÓN

La presente investigación pretende realizar un análisis del programa “Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018” del área de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, para hacer una aportación en el campo de la salud y ser útil para elaborar recomendaciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los y las adolescentes para fomentar el disfrute de una vida sexual satisfactoria y responsable, impulsando mayor incidencia de la Promoción de la Salud en los programas del sector público que beneficien a este grupo etario.

Por lo cual, este trabajo está enfocado en una aplicación más amplia de la promoción de la salud y promover un mayor impacto para que los y las adolescentes cuenten con la información necesaria para ejercer una vida sexual adecuada; esto con la finalidad de disminuir las prácticas sexuales de riesgo y los altos índices de embarazo adolescente, ya que, en este último, México ocupa el primer lugar a nivel mundial y se ha convertido en un problema de la salud pública.

A lo largo del desarrollo de las sociedades, el ser humano ha buscado alternativas para minimizar el impacto de las enfermedades y para alcanzar salud física, mental y emocional. En la etapa de la adolescencia surgen numerosas transformaciones importantes, adentrarse al tema no es tarea fácil; conocerse a sí mismo, desarrollarse, aprender valores y saber qué es lo que quiere realizar en la vida él y la adolescente es parte de la complejidad del crecimiento.

En el panorama de las transformaciones, dudas y temores que forman parte de la adolescencia, se suman cambios físicos y emocionales, los cuales los y las adolescentes, deben aprender a sobrellevar. Muchas veces el desconocimiento, la apatía, las inseguridades personales y, especialmente, el manejo inadecuado de la salud sexual, contribuyen a la aparición de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados, los cuales son un problema de salud pública, cuyas repercusiones alteran la calidad de vida.

La falta de educación sexual, orientaciones poco informadas asertivamente y la escasa supervisión médica por el miedo de los y las adolescentes a ser

juzgados, son factores determinantes de embarazos riesgosos e incluso partos prematuros. En tal sentido, es importante la promoción de la salud sexual y reproductiva como una herramienta que permita combatir las problemáticas en dicho grupo etario, y alejar la posibilidad de padecer algún impacto negativo sobre la salud de las personas jóvenes.

La mayoría de las políticas de salud en el ámbito internacional las consideran actividades prioritarias, porque son acciones que intervienen directamente en la población, sea de manera individual o grupal, a fin de mejorar sus condiciones de salud. Por lo que la promoción de la salud es responsable de mejorar la salud, así como también de proporcionar las herramientas necesarias para que las personas alcancen un bienestar físico, mental y social por medio del conjunto de acciones en pro de la salud de las personas, con la participación de los diferentes sectores y autoridades sanitarias.

Para que los programas dirigidos a los y las adolescentes tengan mayor impacto, es necesario analizar desde una perspectiva más abierta y flexible las experiencias y opiniones de las personas que aplican el programa, así como también las de la población adolescente que recibe la información.

De esta manera, se hace partícipe a la población en la planeación y ejecución de los programas para que cuenten con las herramientas y conocimientos necesarios sobre las competencias y capacidades que le permitan identificar los determinantes de salud que se encuentran en su entorno, generando un incremento en la autonomía individual y colectiva, que les lleve a tomar decisiones en cuanto al cuidado de su salud integral.

Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación es analizar el programa “Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018” de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México, para elaborar recomendaciones a los gestores de tal programa, que contribuyan en la disminución de las prácticas sexuales de riesgo y los altos índices de embarazo adolescente, y en el mejoramiento de la calidad de vida sexual satisfactoria y responsable de los y las adolescentes mediante la construcción de la capacidad de elección y el

fortalecimiento de la salud en general.

Para entender el enfoque de los programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes, es necesario conocer las diferentes concepciones de salud que tiene la población, así como también, la forma en la que se entienden las perspectivas de prevención de la salud y promoción de la salud, y saber la forma en cómo es utilizada la educación para la salud como una herramienta de promoción de la salud en las instituciones.

Para lograrlo, se realizó una investigación cualitativa en la que se llevaron a cabo un grupo focal con adolescentes de una Escuela Secundaria Técnica y entrevistas con profesionistas de la salud que laboran en el sector público, ambos grupos participantes de la estrategia “Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud” (GAPS).

El marco teórico de la presente investigación está conformado por tres capítulos. En el primer capítulo se abordan los conceptos de salud, prevención y promoción de la salud, así como también educación para la salud, ya que todas en conjunto son las herramientas más utilizadas en los programas, ello con la finalidad de conocer el papel que desempeña la promoción de la salud en los programas del sector Salud.

En el segundo capítulo se explica la perspectiva de salud sexual y reproductiva, y las posturas conservadora y liberal que se han esgrimido sobre la misma, además de la perspectiva de género y el enfoque de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, así como también sus principales problemas como el embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual, los cuales son puntos claves para encontrar la relación y el impacto que tienen las posturas y la sociedad en la salud de los y las adolescentes.

En el tercer capítulo se realiza un análisis de las conferencias internacionales de promoción de la salud y su relación con la salud en la adolescencia; los precedentes de la salud sexual y reproductiva en México y su aplicación en el programa Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018 de la Secretaría de Salud.

Posteriormente, en el cuarto capítulo se expone la metodología utilizada en la investigación y el trabajo de campo realizado desde el enfoque metodológico cualitativo. Específicamente, se explican las características del escenario, los sujetos de investigación y el procedimiento del estudio, así como las tres fases en las que consistió el trabajo de campo, las cuales fueron: búsqueda de informantes, realización de entrevistas en profundidad y del grupo focal.

En el quinto capítulo se realiza el análisis de los resultados de la investigación, de acuerdo con el orden de los rubros de las técnicas de recolección de datos (entrevistas en profundidad individuales y entrevistas en el grupo focal). Para ello, se crearon una serie de categorías analíticas a fin de generar las propuestas pertinentes en dirección a mejorar el impacto de los programas referentes a Salud Sexual y Reproductiva en los y las adolescentes.

En el sexto capítulo se expondrán las conclusiones, así como también los aportes de la investigación a la perspectiva de la promoción de la salud y los nuevos retos para las próximas investigaciones. De la misma manera, se realiza una autocrítica metodológica sobre la realización del estudio.

Por último, se incluye una sección de anexos, la cual contiene los instrumentos utilizados para la selección de los informantes y la obtención de la información.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. SALUD, PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.

El objetivo del presente capítulo es revisar las principales nociones de salud, con la intención de que se cuente con las bases necesarias para diferenciar entre las dos ramas de la salud pública utilizadas en los programas de salud: prevención de la salud y la promoción de la salud, esta última haciendo uso de la educación para la salud.

I.1. Definición del concepto de salud

La noción de salud responde a una condición subjetiva e histórica, ya que cada población puede tener una visión específica de la misma, con base en sus ideas, valores, costumbres, creencias y normas. Dada esta diversidad ideológica, hay distintas concepciones que, si bien algunas pueden enfocarse únicamente a la ausencia de la enfermedad, hay otras cuyo enfoque es social y tienen una perspectiva desde del proceso salud/enfermedad e, incluso, ver a la salud como el máximo desarrollo de las capacidades de un individuo.

La definición de salud dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986) la señala como un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia del mal o la enfermedad. Por ello, incorpora el valor de la calidad de vida más allá del hecho de no padecer enfermedades o dificultades sanitarias.

Para Villar (2011:237), la salud es “un conjunto de interrelaciones entre individuos y sus contextos, en la cual forman parte componentes biológicos, medioambientales, hábitos y estilos de vida”. Es una concepción que incorpora de forma integral todo aquello que forma parte del ser humano y que le rodea. Esta noción es concordante con lo enunciado por Sigerist (1941; citado en Carmona, Rozo y Mogollón, 2005), quien define la salud desde una postura positiva, explicando que la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino que implica una actitud optimista ante la vida y sus responsabilidades.

Para Terris (2016), la salud y el bienestar físico, mental y social se relaciona con la capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria, y no sólo la ausencia de enfermedades o invalideces, sino que, se trata de un concepto operativo que muestra la posibilidad de que, con salud, la persona pueda realizar sus actividades cotidianas y funcionar adecuadamente. Por su parte, Lalonde (1996) explica que la salud es el resultado originado gracias a las interacciones de diferentes factores que interactúan con el individuo. Los factores mencionados por Lalonde suelen ser el medio ambiente, los estilos de vida, los servicios de salud, entre otros.

Otra de las concepciones importantes sobre salud es la señalada por Álvarez (2009), quien indica que, fundamentalmente, la salud es el resultado de diferentes determinantes de tipo social, cultural, económico y ambiental con la participación decisiva de la inequidad y la pobreza. De esta manera, es posible reflexionar sobre la influencia del contexto social y económico en la salud de los individuos, especialmente en torno a los determinantes sociales de la salud, los cuales, según la OMS (2017) son el sistema de salud, las políticas adoptadas y las circunstancias en las cuales las personas nacen, crecen y se desarrollan.

Es importante tener en cuenta distintas concepciones de salud para contrastar la manera en cómo diversos autores la han abordado, incluyendo los aspectos sociales, y que expresan, en esencia, que la salud tiene que ver con alcanzar calidad de vida a partir del resultado de condiciones psicológicas, biológicas, ambientales, entre otras; con el apoyo de un sistema de salud que refiera la posibilidad de estar y permanecer sano.

Dado que la salud tiene diferentes significados y representaciones en cuanto a tiempo y espacio dependiendo de la población, también es importante comprender el contexto de la misma tomando en cuenta las acciones que desarrollan las capacidades y condiciones de cada persona.

Así pues, la salud es un conjunto completo dependiente de todo aquello que forma parte del ser humano, su percepción ante la misma y lo que le rodea, como

el contexto social, económico, ecológico y político, ya que depende de las diferentes interacciones de los factores antes mencionados que afectan al individuo.

El proceso de salud/enfermedad se aborda más frecuentemente desde la perspectiva de la prevención, la cual es la más utilizada en los programas del sector salud para evitar la aparición y/o combatir las enfermedades, con la finalidad de que el individuo pueda tener un completo disfrute de su salud, por lo cual se explica más a detalle a continuación.

I.2. La prevención de la salud

La prevención de la salud son las acciones para hacer evitable el desarrollo de alguna enfermedad, padecimientos o situaciones que pongan en riesgo la salud o calidad de vida de las personas mediante estrategias.

Para Vignolo, Vacarezza, Álvarez, y Sosa (2011:13), la prevención es un “conjunto de acciones que buscan el control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores de riesgo y poblaciones de riesgo”.

La Oficina Internacional de Ginebra (2005; citado en Crovetto y Vio, 2009) afirma que la prevención consiste en gestionar, prever, planificar y comprometerse para anticiparse a los peligros, evaluar los riesgos y adoptar medidas antes de que ocurra un accidente o se contraiga una enfermedad. De esta manera, la prevención es vista desde una perspectiva general en la cual las personas deben estar involucradas como un compromiso capaz de propiciar la salud en las comunidades.

Por su parte, Alvarenga (2018:3) explica la prevención como un conjunto de “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y a atenuar sus consecuencias una vez establecida”. Por tanto, es una concepción que muestra la valoración de los factores de riesgo como posibles agentes capaces de impactar negativamente sobre la salud de las personas.

Bower (citado en Fernández, 2016:32), se refiere a la prevención como “cualquier tipo de intervención psicológica y social que promueve o realza el funcionamiento emocional o reduce la incidencia y prevalencia del mal en la

población en general”. Esta concepción muestra una visión social tomando en cuenta elementos psicológicos del individuo. En tal sentido, se refiere a la importancia de poner en práctica las acciones para ayudar a que las personas tengan un manejo adecuado de su salud emocional en un determinado espacio donde se desenvuelva.

En este contexto, Czeresnia (2008) explica la existencia de tres niveles de prevención: inicialmente, la prevención primaria, relacionada con la toma de medidas que se anticipan a las causas de las enfermedades para evitar un problema mayor. Luego, en la prevención secundaria, se efectúa un diagnóstico oportuno de la enfermedad que aún no presenta manifestaciones clínicas. Y, finalmente, la prevención terciaria, relativa a las acciones encaminadas a la recuperación de la salud ante la enfermedad clínicamente manifestada por medio de un diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados.

La prevención en la salud del ser humano se apoya en la epidemiología como disciplina capaz de profundizar en el proceso salud/enfermedad de los seres humanos. Para ello, toma en cuenta los factores determinantes, riesgos, lesiones y eventos relacionados con la salud. De esta manera, aporta conocimientos para prevenir, controlar y erradicar enfermedades, generando estrategias organizadas para brindar recuperación y atención integral a los pacientes (De Almeida y Rouquayrol, 2008; citado en Madrid, 2011).

La epidemiología, en relación con la prevención, es una disciplina cuyo primordial propósito es revelar los determinantes de la salud, a través del análisis de los contextos de las enfermedades y la relación con los factores de riesgo, facilitando el beneficio de encontrar la forma adecuada de combatir la enfermedad (Banegas, Rodríguez y Rey, 2000). Su desarrollo comenzó a partir de la metodología epidemiológica, en la cual se aplican etapas de valoración y evaluación del proceso de atención, seguida de protocolos, análisis del contexto del enfermo y la toma de decisiones que ayuden al mejoramiento de la salud afectada por la enfermedad.

De esta manera, la prevención pretende disminuir o evitar la presencia de afecciones a la salud, poniendo en la misma línea de la salud a la enfermedad, lo cual podría expresarse de la siguiente manera: “Si tienes salud no estás enfermo, si estás enfermo no tienes salud”.

Por otra parte, a diferencia de la prevención, la promoción de la salud no ve la salud necesariamente relacionada con la enfermedad, ya que la promoción de la salud busca el aumento de la salud por medio de la participación comunitaria, lo cual se verá más con detenimiento en la siguiente sección.

I.3. La promoción de la salud

La promoción de la salud es la disciplina que busca la participación social para que las personas tengan mayor control de su salud, contemplando los aspectos sociales y ambientales en los que se desarrollan y que afectan la calidad de vida, buscando probables soluciones a las causas mediante la capacitación adaptada a las necesidades de la población a la cual va dirigida, lo que hace más flexible y con mayor impacto, ya que no se impone, sino que se construye en conjunto.

La promoción de la salud es una estrategia para alcanzar la salud de los pueblos, es de carácter social y universal e impulsa el desarrollo de acciones en los ámbitos social, económico, político y psicosocial, los cuales tienden a salvaguardar la integridad de las personas, mejorando su calidad de vida a partir de programas encaminados a la adopción de conductas y estilos de vida saludables de manera individual y colectiva (Díaz, Pérez, Báez y Conde, 2012).

La promoción de la salud es una propuesta innovadora con una perspectiva positiva para las sociedades. Involucra a la población en la promulgación de las políticas que intervienen en su salud. Está íntimamente ligada a la salud mas no a la enfermedad, se incorpora a las actividades de la vida diaria y su relación con la sociedad, centrada en los determinantes sociales, así como en materia de salud (Vignolo *et al.*, 2011). La promoción de la salud se desarrolla desde una perspectiva global y no sólo de una enfermedad particular, constituyéndose como una opción para aumentar la salud y el bienestar general de las personas (Czeresnia, 2008).

Otro de los aspectos interesantes de la promoción de la salud es que ayuda a crear condiciones para generar el bienestar de la población. Para gozar de salud es necesario tener: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, justicia social, equidad y ecosistema estable (Díaz *et al.*, 2012).

Entre las herramientas necesarias para realizar la promoción se encuentran: el proporcionar información que ofrezca elementos para concientizar a las personas en relación con factores que influyen en su estado de salud. Una de ellas es la comunicación en salud, en la que se realizan y transmiten mensajes basados en investigaciones, para promover la salud de los individuos y su comunidad. Además, ayudar a que las personas cambien las conductas de riesgo y acojan estilos de vida saludables es más humano y económico que acrecentar los servicios de salud para proporcionar tratamiento y rehabilitación (*Ídem*).

Algunos autores mencionan que, a pesar del crecimiento de la promoción de la salud, muchos profesionistas y ejecutores aún desconocen las posibilidades teóricas y metodológicas de esta disciplina (*Ídem*). Entre ellos destaca la corriente emancipadora de la promoción de la salud, propuesta por Chapela (2007) como una respuesta crítica a las prácticas más convencionales de la promoción de la salud.

En la perspectiva de Chapela, la promoción de la salud se evidencia como un espacio donde la discusión sobre los diversos modos de comprender y promover la salud está siempre presente. En este entorno son palpables las competencias, evolución, convivencia e incluso mezclas de posturas sobre las cuales es posible comprender la salud. Se trata de un debate en el cual convergen visiones ubicadas en el plano científico, político e incluso económico, pues la lucha por adquirir capital en los entornos donde se promueve la salud siempre está presente.

Para la corriente emancipadora de la salud, la definición de salud toma en cuenta la Conferencia de Ottawa, en la cual, para los seres humanos, se trata más de un recurso que una meta. Por tanto, Chapela explica que la salud refiere los medios necesarios para que los pueblos puedan ejercer control sobre su salud y alcanzar bienestar mental, físico y social, a través del cual lograr aspiraciones, adaptaciones y satisfacción de necesidades. Para la autora, la salud es el motor de

la vida diaria de todo ser humano. Actualmente, la postura agrega la dimensión económica al significado de salud, pues refiere las oportunidades para utilizar eficientemente los recursos con los cuales alcanzar metas propuestas.

La propuesta emancipadora de la promoción de la salud incorpora la visión de que el ser humano es capaz de imaginar distintos escenarios a los que normalmente vive, y los utiliza como fuente de inspiración para transformar lo que le rodea (Chapela y Jarillo, 2001). En este contexto, la realidad se torna como la persona la visualiza, con buenas condiciones de vida, satisfacción personal, solución a problemas particulares e incluso el logro de su bienestar.

Por esta razón, desde la perspectiva de Chapela (2007), las personas pueden adaptar su entorno haciéndolo más favorable, aspecto que le brinda a esta corriente la oportunidad de proponer que el ser humano es saludable en la medida en que imagina sus aspiraciones y deseos cumplidos, a través de la puesta en práctica de sus capacidades para visualizar ese futuro completado.

En esta corriente emancipadora, la salud no depende sólo de lo bien o mal que el cuerpo funcione o del bienestar de los seres humanos. Tiene que ver con las capacidades que se tengan para ejercer las potencialidades particulares, controlar el contexto para lograr lo que imaginaron como un futuro deseado. En tal sentido, Chapela explica que los contextos socioculturales dentro de los cuales la persona se desarrolló, y que le influyen, surgen por procesos históricos que forman parte desde el origen de la humanidad.

Al mismo tiempo, la defensora de la corriente emancipadora menciona que las influencias ejercidas en las personas a la hora de imaginar o crear sus futuros, muchas veces no son reconocidas por ellas. La cotidianidad juega un papel fundamental en la manera en que la persona proyecta su futuro y adquiere de su entorno juicios, ideas, valores y creencias, entre otros (Chapela y Jarillo, 2001).

Entre los aspectos destacados de esta corriente emancipadora de la salud está el que expone al mercado como generador de problemas de salud, a través de su acción hegemónica con la cual logra subordinación y control de los humanos. Esta situación del mercado es lograda a través de un trabajo pedagógico simultáneo

en el cual se alcanzan los objetivos a través de coerción y consenso. De esta manera, surgen un conjunto de inercias tanto internas como externas, de las cuales nacen relaciones de poder entre los sujetos sociales que finalmente se convierten en obstáculos para la promoción de la salud (*Ídem*).

En tal sentido, son diversos los aspectos relacionados con la salud del ser humano, así como complejos todos los elementos que influyen en el alcance de una vida saludable; sin embargo, es posible evidenciar la importancia de la promoción de la salud como proceso que permite minimizar el impacto de las enfermedades, y el desarrollo saludable del ser humano. Además, es positivo mencionar la necesidad de orientar a la población sobre temas de salud, para que puedan resguardarla y acrecentarla, y disminuir la posibilidad de padecer enfermedades, entre otros perjuicios.

Una herramienta muy importante de la promoción de la salud, para lograr mayor impacto, es la educación para la salud ya que, en conjunto, se busca inducir a que las personas adopten el conocimiento que se les pretende proporcionar y así tener un notable impacto en su calidad de vida y salud.

I.3.1. Educación para la salud

Es una herramienta de la promoción de la salud que se ocupa de crear métodos para que las personas logren alcanzar mejores condiciones de salud y mantenerla, mediante la adopción de los conocimientos para facilitar los cambios de conducta que les permitirán obtener estilos de vida saludables.

La finalidad de la educación para la salud es desarrollar las capacidades por medio de aprendizajes, utilizando técnicas educativas políticas y de acción social, con sustento científico, para trabajar con la población, con el fin de fomentar la toma de decisiones favorables a la salud, por medio del autocuidado individual, así como para el ejercicio de la salud colectiva. Por lo tanto, se basa en el diálogo de saberes, la pedagogía para el empoderamiento y la transformación de las realidades en las que se vive (OMS, 2017).

La OMS la define como “la disciplina que se ocupa de organizar los procesos que han de promover experiencias educativas, capaces de intervenir propiciamente en los conocimientos” y las actitudes y prácticas de las personas sobre su salud (Díaz *et al.*, 2012:s/p).

La educación para la salud tiene como objetivo transmitir conocimientos, facilitando el aprendizaje a partir de experiencias, así como el fomento de comportamientos que desarrollen estilos de vida saludables en la comunidad, detectando las causas sociales, económicas y ambientales que influyen en su salud. Por lo que es un instrumento fundamental en el proceso de promoción de salud que las personas cuenten con conocimientos sobre cómo mantener su salud, y los riesgos que, para ello, están presentes durante la vida (*Ídem*).

Según la OMS (2017), para desarrollar la educación para la salud es importante combinar actividades educativas en las cuales se brinde información que propicie en las personas el deseo de estar sano, que tengan conocimiento sobre cómo alcanzar la salud, direccionen acciones para mantenerla individual y colectivamente, y busquen ayuda cada vez que así lo requieran. De esta manera, la OMS concibe la educación para la salud como un espacio para la valoración de la salud y la búsqueda de acciones que la promuevan dentro de los espacios socioculturales.

Se debe tomar en cuenta que para que los individuos tengan una buena salud, no solamente deben tener un equilibrio físico favorable, sino también se deben desarrollar sus capacidades físicas y mentales en un ambiente adecuado.

La educación para la salud, desde la perspectiva de Tizón (2014:3), es un “proceso en el cual se ayuda, informa e impulsa a la población a implementar y sostener en el tiempo prácticas y estilos de vida saludables”. Por tanto, es una herramienta que propugna los cambios ambientales necesarios para lograr estos objetivos, organizando, investigando y dirigiendo la formación profesional como espacio para la promoción de la salud. De esta manera, la educación para la salud requiere conformar prácticas de aprendizaje en las comunidades, con el propósito de impulsar cambios de conductas hacia el logro de una vida saludable,

profundizando en los diversos elementos ambientales, sociales y económicos que influyen en la salud de la población.

Por su parte, Riquelme (2012) explica que la educación para la salud “es un proceso por el cual las personas son más conscientes de su realidad y el entorno que les rodea, por lo cual amplían conocimientos, valores y habilidades para adecuar comportamientos a la realidad que les rodea”. Esta concepción sobre la educación para la salud muestra la importancia de que los individuos construyan la posibilidad de contar con una vida saludable a partir de prácticas conscientes en las cuales se adapten, reorganicen e incluso modifiquen todos aquellos elementos que pudiesen afectar la salud.

A diferencia de la prevención, la promoción de la salud es más efectiva ya que capacita a las personas mediante la herramienta fundamental que es la educación para la salud; en conjunto, logran la apropiación de los conocimientos que las comunidades necesitan y que pueden transmitir y replicar, haciendo, de esta manera, una cadena de bienestar que propicia el disfrute y goce de la salud, mejorando su calidad de vida.

CAPÍTULO II. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

Es de suma importancia tener un punto de partida respecto a la salud sexual y reproductiva, las posturas ante la misma y las cuestiones de género inmersas en la sociedad para poder realizar un análisis adecuado de la problemática y complicaciones que traen consigo, ya que existen diferentes aspectos que intervienen, como los sociales, económicos e ideológicos. Todo esto con la finalidad de que los y las adolescentes ejerzan su sexualidad de una manera informada que genere una cultura de autocuidado para que sea satisfactoria.

II.1. Perspectiva de salud sexual y reproductiva

La sexualidad se puede ver representada tanto en el impulso sexual como en el disfrute del acto, por lo que va más allá de la reproducción. Además de incluir implicaciones mismas del cuerpo y roles impuestos por la sociedad (Amaro, 2005).

La vida sexual forma parte del ser humano a lo largo de su desarrollo, donde se definen comportamientos de género y reproducción (Rengifo, Córdoba, y Serrano, 2012). Por ello, el contexto en el cual los y las adolescentes se desarrollan, ejerce una importante influencia en la manera que se concibe la sexualidad, así como el descubrimiento de sus necesidades e inquietudes.

La manera en que cada persona resuelve sus dificultades y necesidades sexuales determina su salud sexual y reproductiva, así como también su vida social y afectiva. La OMS (2003) señala que la salud sexual tiene que ver con la forma en que se integran algunos elementos como los sentimientos y las sensaciones propias del ser humano, las cuales, también intervienen en el desarrollo de todas las habilidades sociales del mismo.

Además, la salud sexual y reproductiva abre eventualmente el disfrute de una vida sexual plena, teniendo en cuenta la posibilidad de decidir cuándo, con quién y con qué frecuencia llevarla a cabo, haciendo uso del derecho al acceso a información, sobre las formas de regular la fertilidad para evitar embarazos no planeados y promover partos seguros si es necesario (Izquierdo, 2013).

En la actualidad, se han elaborado diversos conceptos de salud sexual y reproductiva, considerando la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) efectuada en El Cairo en el año 1994. Los acuerdos alcanzados son importantes, ya que en este encuentro ampliaron el concepto de salud sexual y reproductiva que hacen posible el alcance de un bienestar que permite disfrutar libremente una vida sexual satisfactoria. Incorporando al concepto de salud, aspectos en torno a la concepción, la función y los procesos relacionados con el sistema reproductivo, donde es importante que hombres y mujeres conozcan los métodos de planificación familiar y prevención de ITS (Ramos, 2006).

De la misma manera, Mazarrasa y Gil (2007) mencionan que la educación sexual y reproductiva suele ser vista como un estado de bienestar mental, físico y social, que se relaciona con más cuestiones que el simple hecho de estar sano, incorporando aspectos que favorecen a la posibilidad de disfrutar una vida sexual sin riesgos y con libertad para decidir cómo ejercerla.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (2003) explica que el término de salud sexual y reproductiva lleva implícito el derecho para obtener información y planificar una familia a libre elección, utilizando métodos anticonceptivos. En tal sentido, se demuestra que no se limita sólo a cuestiones reproductivas, sino que incorpora elementos socioculturales, así como también la protección de los derechos humanos dado que tiene que responder a todas las necesidades e inquietudes de las personas con diferentes prácticas e identidades sexo-genéricas.

II.2 Posturas ante la salud sexual y reproductiva

A través de los años se ha discutido la salud sexual y reproductiva, lo cual ha generado un debate que, desde la visión de Cook, Dickens y Fathalla (2003) ha derivado en dos posturas. Por una parte, se plantea la postura conservadora o tradicional, entendida por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV, 2000) de Chile, un país que muestra cómo prevalecen los comportamientos y las actitudes que tienen como objetivo principal el mantenimiento de las costumbres

socioculturales en Latinoamérica, por ejemplo: los matrimonios heterosexuales con fines reproductivos y los roles tradicionales sometidos al género, lo cual se manifiesta de manera similar en la cultura mexicana.

Esta postura es considerada por algunas personas como “espiritual y científicamente correcta”, haciendo énfasis en la importancia de la reproducción humana para la conservación de la especie, por lo que se opone a la planificación familiar, a menos que ésta se logre por medios naturales (Amaro, 2005).

El modelo conservador refleja intolerancia a las diferencias, ya que se guía principalmente por la perspectiva religiosa. Autores como Alonso y Morgade, (2008), Hiller (2005) y Soley (2003), coinciden en que esta postura limita el disfrute de la sexualidad, negando el placer sexual especialmente al género femenino.

Amaro (2005) menciona que en este modelo la mujer es vista como objeto sexual disponible; sin embargo, no se considera socialmente correcto que la mujer vea al hombre de la misma manera. Por lo que las relaciones sexuales en muchos casos se llevan a cabo por instinto y no tanto por las emociones.

La postura conservadora se ha incluido como parte importante en la educación sexual y reproductiva en instituciones educativas de diferentes culturas, que contribuyen a generar identidad sexual, desde una mirada esencialista y un enfoque moralista, la cual insiste en la abstinencia sexual hasta que la persona pueda tomar sus propias decisiones (Alonso y Morgade, 2008; Hiller, 2005).

Además de la religión y la cultura tradicional que controlan la sexualidad de los y las jóvenes, se une la ciencia con una visión biologicista, que no da cabida a la diversidad cultural. Lo cual trae consigo problemas por la limitada información que es difundida por el gobierno a través de sus instituciones educativas y de salud (Núñez y Ayala, 2012).

Aunque, por otra parte, los profesionistas de la salud suelen ser considerados como los expertos en sexualidad y estos dejan muchas veces a un lado los conocimientos de los docentes y/o personal de la escuela que pueda ayudar en la formación de la identidad sexual libre (Soley, 2003).

Ahora bien, la otra postura de la salud sexual y reproductiva es la liberal, para ésta las personas tienen la libertad de elegir cómo ejercer su sexualidad (INJUV, 2000). En tal sentido, es una postura que respalda la autonomía de las personas, respetando la decisión de insertarse a prácticas sexuales y reproductivas diversas. A diferencia del enfoque conservador, la mayoría de las personas liberales no se acomplejan por lo que piensen los demás y deciden mostrar sus preferencias sexuales sin importar del tipo que sean.

Esta postura, a diferencia de la conservadora, no está sujeta a estereotipos de género y desigualdades entre sexos; rechaza comportamientos sexistas e incorpora el placer sexual como parte fundamental de la sexualidad. De esta manera, la postura liberal impulsa los diálogos sobre sexualidad entre jóvenes y adultos, donde estos deben ser escuchados y respetados.

En resumen, la controversia entre el enfoque tradicional y liberal de la sexualidad se debe a que en el tradicional se defiende la moral y las “buenas costumbres”, mientras que en el liberal se reconoce la diversidad sexual y el disfrute pleno de la sexualidad sin discriminación (Segura, 2011).

En la postura liberal participan algunos movimientos feministas, lésbicos y gays, que coinciden en la necesidad de respetar el derecho al placer sexual, excluyendo la heteronormatividad, ya que consideran que es un patrón dominante (Vance, 2002). Por lo que este modelo de diversidad sexual se ha llevado a encuentros, foros y conferencias internacionales logrando resultados positivos en términos de igualdad en materia sexual; incluso algunos países latinoamericanos, principalmente Uruguay, han plasmado en sus planes gubernamentales la búsqueda de justicia e igualdad de género.

II.3 La perspectiva de género

El género se puede definir como el conjunto de actitudes, expresiones físicas, creencias y conductas que diferencian a hombres y mujeres en la sociedad (Mazarrasa y Gil, 2007).

Para Scott (1997) el género y las relaciones desiguales entre mujeres y hombres generan debate en las sociedades humanas, ya que llegan a establecer relaciones de poder. Por las implicaciones que conlleva ser hombre o mujer dentro de una sociedad, incluyendo la influencia de la forma en que cada individuo muestra sus características como ser humano.

De allí que Maquieira (2001) menciona algunos componentes del género tales como: la identidad de género, la división sexual del trabajo, las ideologías de género y todo lo relacionado con las instituciones sociales.

Por su parte, Hernández (2006) considera al género como una construcción de símbolos particulares, con los cuales se interpreta la cultura de los sexos masculino y femenino. A partir de ello, se determinan las distinciones: físicas, biológicas, psicológicas, afectivas, sociales y económicas, junto con lo culturalmente impuesto. Por tanto, es posible relacionar el género con la educación implantada desde la infancia y el entorno en el cual el niño o niña se desarrolla.

La sociedad acoge usos y costumbres que mujeres y hombres desarrollan y transmiten a lo largo de su vida. Entre ellas la ideología de que las mujeres deben servir, cuidar a los demás anteponiéndolos a ellas mismas. A diferencia de los hombres, que pueden decidir sobre los demás justificándose como una persona correcta, fuerte y única (Gran, 2006). Por lo tanto, la sociedad impone las características de ambos géneros, favoreciendo la idea de que el hombre debe estar por encima de la mujer, asignándole determinados roles que debe fungir en la sociedad.

En tal sentido, la salud sexual se ha manejado de acuerdo al género al que pertenece un individuo. En el caso de las mujeres, se limitan sus deseos, aunque cuenten con la información necesaria para decidir qué hacer con su cuerpo y su reproducción (Ramos, 2006).

Por consiguiente, en un sistema dominado por hombres, estos son los que controlan la reproducción y la sexualidad de las mujeres, limitándolas en la toma de sus decisiones (De Barbieri, 1994).

Por lo tanto, se evidencia que la construcción social y cultural del género se relaciona con la dominación masculina, la cual favorece las relaciones de poder, que son normalizadas culturalmente (De Keijzer, 2003).

II.3.1 Masculinidad y feminidad como construcción social

Uno de los resultados de la construcción social son los significados de masculinidad y feminidad, ya que de acuerdo con el sexo biológico la cultura determina cómo debe ser la conducta de los individuos, definiendo los sentimientos y acciones específicos de cada género (López y Güida, 2002).

Para Camacho (2005), la masculinidad representa acciones que son construidas a través de los años. Por ello, los hombres afirman su virilidad con sus comportamientos alejados de lo femenino, los cuales permanecen a lo largo de su vida, ya que se concibe que lo masculino deba ser diferente a lo femenino.

Por lo tanto, la masculinidad se representa con comportamientos “masculinos” como: controlar emociones y sentimientos hacia sí mismo y/o a los demás, al igual que el manejo de situaciones con coraje y valentía. Llevando en ocasiones a la confusión de sus emociones respecto a las expectativas que tienen los demás (Seidler, 2002). En conclusión, la masculinidad tradicionalmente se vincula con agresividad, fuerza, violencia y virilidad, las cuales deben ser probadas ante los demás. Por el contrario, la feminidad se relaciona como una figura cuidadora, dócil, manejable e incluso débil ante el otro sexo (Camacho, 2005).

Socialmente, los hombres reafirman su masculinidad relacionándose sexualmente, sintiendo orgullo al asumirse como seres que practican el coito con varias mujeres. Sin embargo, las mujeres son juzgadas al realizar las mismas prácticas (Núñez y Ayala, 2012).

Por otra parte, Otegui (1999) considera que las identidades de género no deben ser clasificadas de forma hegemónica, como es el caso de la masculinidad y la feminidad, ya que actualmente no pueden verse como categorías estandarizadas.

A partir de ello, se han desarrollado estereotipos (cómo se debe actuar y comportarse ante la sociedad respecto al sexo biológico) que pueden ser vistos

como una forma de inclusión o exclusión que jerarquiza roles. Para muchas personas, la masculinidad y la femineidad generan conductas mediante las cuales asumen comportamientos ante el otro género, estableciendo interacciones poco sanas (Infante, Paris, Fernández y Padrón, 2010).

II.4 Salud sexual y reproductiva en la adolescencia

Para Ramos (2006), la salud sexual y reproductiva es un elemento clave en la salud integral del adolescente, donde está el deseo de bienestar y desarrollo social, junto con el cumplimiento de los derechos humanos. En este contexto, Villaseñor (2003) opina que la sexualidad se debe abordar desde diferentes ámbitos presentes en el entorno de los y las jóvenes, como lo son: biológicos, psicológicos y sociológicos, entre otros. Distinguiendo ciertos comportamientos, prácticas, relaciones sociales, ideas y significados socialmente construidos, que puedan generar un vínculo de violencia.

La masculinidad en la adolescencia está construida por una ideología a través de la historia de los hombres, que plantea como parte fundamental, la heterosexualidad, la razón y el privilegio de poder infligir violencia (*Ídem*).

Para De Keijzer (1997) la sexualidad en el género masculino se demuestra con base en el poder y su afirmación de la hombría sustentada en el tamaño de los genitales y la potencia del varón, por tanto, es algo que puede generar relaciones sexuales poco satisfactorias o nulas en las parejas, abriendo oportunidades al hostigamiento sexual o abuso, incluyendo la violación. La salud sexual y reproductiva suele verse reflejada de diferentes formas dependiendo del género de las personas y del contexto sociocultural en el que se encuentren.

En torno a esta realidad, muchas jóvenes asumen medidas para prevenir o evitar un embarazo no planeado, ya sea por la responsabilidad y otras por el peligro, sin embargo, los chicos se mantienen renuentes ante la utilización de métodos anticonceptivos por parte de la pareja ya que “la sociedad así lo determina”, e incluso le restan importancia a las ITS (Ramos, 2006).

En México, aun en la actualidad hay un modelo hegemónico entre los géneros, destacando al varón como el individuo que discrimina y subordina a la mujer e incluso a otros hombres que no están de acuerdo con este patrón (De Keijzer, 1997). Normalmente, el género masculino siente la obligación de no desaprovechar oportunidades sexuales que surjan repentinamente, aunque no estén preparados para prevenir embarazos o ITS, ya que consideran que su hombría puede ser puesta en duda especialmente en presencia de otros hombres, lo que podría llegar a provocar la violencia sexual (Ramos, 2006).

A consecuencia de los numerosos encuentros sexuales, que ocurren a menudo sin protección, las infecciones de transmisión sexual se han propagado con gran velocidad. Para De Keijzer (1997) algunas enfermedades, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), evidencian las debilidades y limitaciones que se tienen en el campo de la sexualidad y, especialmente, las limitaciones de las mujeres para la prevención de ITS. Por tal razón, en ocasiones el hombre se convierte en un obstáculo para la salud sexual y reproductiva, aunque se desarrollen y apliquen programas para la planificación familiar y prevención de ITS.

Ramos (2006) menciona que la intención de la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género en la adolescencia es que tanto chicos como chicas asuman la responsabilidad de prevenir infecciones de transmisión sexual, así como también, planificar los hijos y el momento en el que los desean tener. Por lo tanto, no se debe dejar que sólo la mujer tome las medidas necesarias para evitar embarazos no planeados, es importante que el hombre se integre a esta tarea a pesar de los prejuicios o creencias machistas.

Además, se debe educar para eliminar las conductas de autoridad masculina que predisponen a desigualdades y dependencia que someten a algunas mujeres, impidiendo su desarrollo, buscando el cuidado mutuo (*Ídem*). Es obligatorio abandonar posturas discriminatorias, sexistas y relacionadas al patriarcado donde son jerarquizadas las relaciones sociales, para poder llegar al completo disfrute de una vida sexual libre y satisfactoria (Hendel, 2017).

Sin embargo, como lo mencionan las personas entrevistadas en la investigación de Núñez y Ayala (2012), el único lugar donde se puede obtener información sobre la salud sexual y reproductiva en la adolescencia es la escuela. Tal información sólo se refiere al funcionamiento de los aparatos reproductivos y los cambios del cuerpo, pero no a cómo se llevan a cabo las relaciones sexuales.

Esto deja a los y las jóvenes con dudas que, en el caso de los hombres, las disipan con amigos o personas más grandes. Por el contrario, las mujeres atraviesan en su mayoría esta etapa solas, ya que en sus casas esos son temas de los que no se debe hablar y muchas veces son catalogados como prohibidos (al menos hasta que se aborden en el matrimonio).

II.4.1 El ejercicio de la sexualidad en los y las adolescentes

La manera en que los y las adolescentes expresan y viven su sexualidad es un tema muy difícil y complejo debido a que los embarazos en menores de 15 años aumentan y son muy frecuentes. En Latinoamérica, son cerca de cien mil y se presentan mayormente en adolescentes que tienen un bajo nivel socioeconómico, educativo y viven en su mayoría en zonas rurales (Gómez, Molina y Zamberlin, 2011).

Otra razón importante que menciona Amaro (2005) es que los padres o familiares también deben estar implicados en la educación sexual de los y las jóvenes, sin embargo, muchas veces esta labor no es llevada a cabo, o si lo hacen es desde una postura moralista y/o religiosa.

De esta manera, es posible evidenciar la influencia de las características sociodemográficas en los embarazos adolescentes, los cuales se presentan con mayor frecuencia en comunidades rurales que en las urbanas, ya que en estas últimas el movimiento feminista ha tenido un impacto significativo en la sociedad (Núñez y Ayala, 2012).

Así como también lo demostrado en la investigación realizada por Gómez *et al.*, (2011) en la que se llegó a la conclusión de que los jóvenes no desean tener hijos, pero tampoco usaron protección durante las relaciones sexuales, ya que en

esta etapa existe mayor tendencia al deseo de no procrear, sin embargo, no se cuidan para evitarlo, a pesar del conocimiento y difusión de métodos anticonceptivos.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, se detectó que una proporción de al menos un poco menos del cuarto de la población total de varones entre los 12 y 19 años de edad estaban activos sexualmente y que de ellos al menos más de la mitad utilizó protección (condón) con su primera relación sexual. Por el contrario, un porcentaje más bajo de un cuarto representado por las mujeres, indicó haber comenzado su vida sexual a esta edad, y una cantidad mayor de la mitad expresó utilizar protección (condón) en su primera pareja sexual. Este contraste muestra que los hombres manejan mejor la información sobre la prevención de ITS y embarazos no deseados.

Núñez y Ayala (2012) señalan que las nociones de modernidad son utilizadas con gran frecuencia entre los jóvenes para incitar a las adolescentes a iniciar su vida sexual, haciendo comentarios como “qué anticuada eres, todo el mundo lo hace” y “las jóvenes de ahora no son iguales que antes”. A pesar de que la sociedad tradicional rechace que las mujeres mantengan relaciones sexuales antes del matrimonio, a diferencia de los hombres, los cuales con la actividad sexual reafirman su hombría durante la adolescencia, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo.

Los y las adolescentes tienen un rol importante en las sociedades, en el caso de Latinoamérica forman el 30% de la población, quienes viven en un mundo globalizado y con cambios significativos a nivel de comunicación y tecnologías, aspectos que les impulsan a la interacción con los demás. Sin embargo, hay debilidades en la educación sexual; por ejemplo, el 20% de los partos fueron en mujeres menores a 20 años, es decir, en su mayoría adolescentes y de ellos el 40% de los embarazos ocurrió sin planificación familiar (OMS, 2012).

II.4.1.1 Embarazo adolescente e infecciones de transmisión sexual

Uno de los aspectos preocupantes del embarazo adolescente es que ha ido aumentando a medida que pasa el tiempo. Según la Organización para la

Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), México tiene la mayor tasa de natalidad en mujeres adolescentes respecto al resto de los países, pues de 1000 embarazos, 62 de ellos son de niñas adolescentes. Además, se afirmó que el embarazo en adolescentes se incrementó considerablemente en 2017, por lo que dos de cada diez nacimientos eran de una joven menor de 20 años (Villa y Jiménez, 2019).

Ahora bien, en la investigación desarrollada por Santos, Villa, García, León, Quezada y Tapia (2003) se encontró que la edad promedio para comenzar la vida sexual era de 15 años. Este inicio ocurre principalmente en espacios escolares y tiene como consecuencia cerca de 25 mil embarazos al año, que suelen terminar en aborto cuando se tiene menos de 19 años. Asimismo, menciona que el 20% de los y las adolescentes utilizan el condón como forma de prevención de ITS y embarazos. Un porcentaje bajo respecto al bombardeo de información que se da sobre los métodos anticonceptivos.

A pesar de que durante los últimos años el número de nacimientos se redujo, la prevención de embarazos no planeados en las jóvenes continúa siendo un desafío al cual se debe considerar como prioridad en cuanto a salud sexual y reproductiva se refiere. El embarazo en las adolescentes es tema de salud pública ya que, en primera instancia, representa riesgos en la salud de la madre y el bebé, y posteriormente, también por la nueva tarea de crianza de la madre y la búsqueda de una vida digna para ella y el niño o la niña, lo cual puede limitar su desarrollo personal (Santos *et al.*, 2003).

En la investigación de Núñez y Ayala (2012), para conocer las valoraciones, actitudes, experiencias y significados que tiene una comunidad rural ante el embarazo adolescente, se utilizó la metodología cualitativa. La técnica para la recolección de datos fue la entrevista en profundidad, con un guion de entrevista flexible para poder indagar en aspectos no considerados. Los autores encontraron cinco principales causas del embarazo adolescente en un ámbito rural: la primera hace referencia a la falta de conocimiento de métodos anticonceptivos y su uso; la segunda es la falta de confianza para disipar sus dudas sobre los mismos; la tercera

se relaciona con el temor a que se enteren de que tienen relaciones sexuales; la cuarta que a su pareja masculina no le guste el uso de protección; y por último, es que al enamorarse pierden el interés de cuidarse de algún embarazo.

La problemática de embarazos en jóvenes menores de 19 años no sólo se debe a sus escasas posibilidades de libertad y desarrollo o falta de conocimiento de métodos anticonceptivos, sino también puede ser que el embarazo es considerado como la forma en la que obtienen un lugar en sociedad, siendo un beneficio en algunos contextos de precariedad socioeconómica (Campero, Atienzo, Suárez, Villalobos y Hernández, 2013).

Sin embargo, las adolescentes embarazadas también pueden ser víctimas de discriminación, principalmente por su familia, vecinos, conocidos y hasta por la misma pareja sexual, considerándolas sexualmente disponibles ante otros varones y una inminente amenaza para otras chicas, que podrían seguir su “mal ejemplo”, siendo acreedoras a insultos por ser consideradas mujeres fáciles (Núñez y Ayala, 2012).

Por otra parte, un problema adicional en la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes es que no se están logrando los alcances esperados en los programas de salud, ya que, según la OMS, se reportan casos con ITS de aproximadamente un millón de personas diariamente. En México, se ha comprobado que al menos el 30% de las personas entre los 18 y 30 años han sufrido alguna infección de transmisión sexual de acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Para prevenir infecciones de transmisión sexual se han propuesto dispositivos de barrera, la abstinencia, así como la posibilidad de la vacuna del Virus del Papiloma Humano. Aunque en realidad existe la necesidad de enfocarse en la prevención de las ITS y el sida, ya que los y las adolescentes están en constante cambio y adaptación del proceso de su desarrollo, en busca de un proyecto de vida (*Ídem*).

Además, es compleja la manera en que influye el contexto en el cual se desenvuelven, ya que estos aspectos muchas veces favorecen un inicio temprano

en las prácticas sexuales de los y las jóvenes (Cortés, García, Fullera y Fuente, 2000). Por lo que se resalta la importancia de tener en la adolescencia una adecuada educación sexual que permita al adolescente construir sus propios significados respecto a la sexualidad.

Sin embargo, las debilidades en los conocimientos sobre sexualidad y reproducción sexual han hecho que muchos de ellos enfrenten ITS, ya que son el grupo más afectado porque la mayoría tiene conductas sexuales de riesgo, como tener más de una pareja sexual y no usar preservativo, entre otras (Chacón, Corrales, Garbanzo, Gutiérrez, Hernández, Lobo, Romero, Sánchez y Ventura, 2009).

Algunas investigaciones han concluido que las personas jóvenes son más vulnerables a las ITS porque tienen poca educación respecto a la salud sexual y reproductiva, y responden sólo a sus emociones y al interés en el otro sexo o en su mismo sexo (Goncalves, Castella y Carlotto, 2007). Por esta razón, es necesario capacitar para evitar las conductas y los factores de riesgo a que se exponen las personas durante la adolescencia (Chacón *et al.*, 2009), entre ellos las enfermedades que puedan impactar en su vida a corto y largo plazo.

De esta manera, se reconoce que todas las personas tienen el derecho de contar con bienestar social, biológico, emocional, psicológico, cultural y ambiental, no obstante, la salud es concebida como la ausencia de enfermedad. Por lo cual es importante que se impulse la concientización y responsabilidad ante la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes. El manejo adecuado de la información ayuda a que la población adolescente tome decisiones autónomas sobre su cuerpo de forma correcta evitando problemas de salud. Por lo que es importante inculcar el autocuidado en la salud sexual y reproductiva para evitar riesgos de ITS y embarazos no planeados que impacten en la vida de las y los chicos (Silva, 2006).

Sobre todo, considerando que, en una cultura de la prevención, cualquier embarazo o ITS se puede evitar con métodos anticonceptivos y de barrera. Aunque, desgraciadamente, en la actualidad los padres de familia desean que los y las

adolescentes tengan el conocimiento de la educación sexual, sin que los incite a llevar una vida sexual activa (Núñez y Ayala, 2012).

CAPÍTULO III PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

La finalidad de este capítulo es tener presente las aportaciones de las conferencias internacionales de promoción de la salud, y su aplicación en el programa “Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018” de la Secretaría de Salud; así como también dar a conocer los derechos sexuales y reproductivos en México.

III.1 Conferencias internacionales de promoción de la salud y su relación con la salud en la adolescencia.

Es significativo tomar en cuenta que la salud no solamente es la ausencia de la enfermedad y que para gozar de buena salud se debe contar con condiciones de vida aceptables constituidas por: escenarios de trabajo favorables, educación gratuita y adecuada, hábitos de actividad física, formas de recreación y descanso, además de un sistema de salud que sea accesible, contando con personal capaz de ayudar a mantenerla y recuperarla, cuando las formas de prevención no hayan sido satisfactorias.

Es por ello que, en el año de 1978, tomando en cuenta los aspectos antes mencionados, fue realizada por la OMS la conferencia internacional sobre la Atención Primaria de Salud, en Alma-Ata, Kazajistán, en la cual se enfatizó que la población tiene el deber y derecho de participar de forma individual y/o colectiva en la planeación y operación de los programas que tengan como finalidad la atención de su salud, ya que se concibe como un aspecto fundamental de la calidad de vida. Es por ello que se publicó el documento llamado: Estrategia de Salud para todos en el año 2000 (Cardaci, Peñaherrera y Sanabria, 2012).

La primer conferencia internacional de Promoción de la Salud tuvo lugar en Ottawa, Canadá en 1986, la cual reafirma los compromisos de Alma-Ata, de dicho encuentro surgió la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, la cual tiene como propósito brindar a los pueblos las herramientas necesarias para que mejoren su salud y ejerzan un mayor control sobre la misma, visualizándola desde las

dimensiones biológica, psicológica y social; teniendo presentes todos los aspectos que conforman las condiciones de vida favorables, planteando cinco líneas de acción: “1. Desarrollar aptitudes personales para la salud, 2. Desarrollar entornos saludables, 3. Reforzar la acción comunitaria, 4. Reorientar los servicios de salud, 5. Impulsar políticas públicas saludables” (Haithem, Quintana y Rodríguez, 2018).

La segunda conferencia internacional de Promoción de la Salud fue llevada a cabo en Adelaide, Australia, en el año de 1988. Se señaló que las injusticias en salud son producto de la inequidad, por lo que se amplió el concepto de políticas públicas para buscar el mejoramiento de la salud, así como la difusión del concepto de empoderamiento de las poblaciones. En esta reunión fueron identificadas cuatro áreas prioritarias de la salud pública: “1. El mejoramiento de la salud de la mujer, 2. La eliminación del hambre y la desnutrición, 3. La disminución del uso de tabaco y alcohol, y 4. La creación de medio ambientes más adecuados” (Crovetto y Vio, 2009).

En Houston, en el año de 1988, se realizó la XIII Conferencia de Educación para la Salud, en la cual se concluye que ésta es producto de la acción social y no sólo la simple deducción de la atención médica (Cardaci *et al.*, 2012).

La tercera conferencia de Promoción de la Salud, se efectuó en Sundsvall, Suecia, en 1991. La temática principal fue la creación de un medio ambiente saludable desde un punto de vista social, tomando en cuenta el desarrollo comunitario como un proceso por el cual una sociedad se relaciona al identificar y reforzar aspectos cotidianos, culturales y de política que repercuten en la salud.

En dicha conferencia se tomó el concepto de medio ambiente social, el cual está constituido por normas, costumbres, hábitos, valores, modas, creencias y prejuicios de una sociedad (Crovetto y Vio, 2009).

En Sao Paulo, gracias a la Tercera Conferencia Regional Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, surgió la Carta de Sao Paulo, de la cual se despliegan cinco retos de la promoción de la salud:

La primera, es Impulsar alternativas de desarrollo, exaltando los valores de equidad y respeto, para la construcción de solidaridad y paz; la segunda, proteger procesos de participación social real y

efectiva que impulsen políticas de salud y calidad de vida; tercera, tomar en cuenta la diversidad de saberes y culturas, y la necesidad de dispersar el poder; cuarta, ocuparse en la mejora de la atención y cuidado de la salud, y así crear el diálogo entre el estado y las comunidades; y por último, ampliar sistemas públicos que estén comprometidos con acciones colectivas de salud y que aseguren una atención de calidad que cubra las necesidades de la población (Cardaci *et al.*, 2012: 17).

En la Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, celebrada en el año de 1997, en Yakarta, Indonesia, fueron acentuados cinco puntos prioritarios que conforman a la promoción de la salud, los cuales son: “1. Fomentar una responsabilidad social por la salud, 2. Aumentar la capacidad de la comunidad y empoderar a los individuos, 3. Expandir y consolidar alianzas por la salud, 4. Aumentar las inversiones para el desarrollo de la salud y 5. Asegurar una infraestructura para la promoción de la salud” (Crovetto y Vio, 2009: 38).

En el mismo contexto, la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud fue realizada en el año 2000, en la Ciudad de México, reiterando que las inequidades sociales y económicas deterioran las condiciones de salud. Se enfatizó en la necesidad del fortalecimiento de evidencias basadas en las prácticas de promoción de la salud, para la evaluación de los alcances que se han ido generando (Cardaci *et al.*, 2012).

En Tailandia, en el año 2005, gracias a la Sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, emanó la Carta de Bangkok. En dicho documento es notable la preocupación por complementar y enriquecer los valores, los principios y las estrategias establecidas en la Carta de Ottawa y otras conferencias. Es por ello que se registraron cuatro compromisos, los cuales orientan y enmarcan a la promoción de la salud como: “1. Un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial, 2. Una responsabilidad esencial de todos los niveles de gobierno, 3. Un objetivo fundamental de las comunidades y 5. Un requisito de las buenas prácticas empresariales” (Crovetto y Vio, 2009: 40).

Para el año 2009, en Nairobi, Kenia, tuvo lugar la Séptima Conferencia Global de Promoción de la Salud, confirmando su poder a gran escala como estrategia

para eliminar las inequidades en salud. Es por ello que se asentó un instrumento que propuso estrategias y acciones, impulsando a los gobiernos a utilizar las potencialidades de la promoción de la salud tomando en cuenta cuatro puntos: “El fortalecimiento de los sistemas de salud, las alianzas y la acción intersectorial; el empoderamiento de las comunidades; la alfabetización en salud para adoptar prácticas saludables; [y] la construcción de capacidades para la promoción de la salud” (*Ídem*).

Los instrumentos emanados de las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud tienen como finalidad acrecentar la salud de las personas, otorgando la información que la comunidad demande, a fin de generar y aumentar el control sobre su salud, su entorno y el uso eficaz de los servicios de salud, los cuales deben cubrir sus necesidades. Ello conlleva a que se forjen condiciones de desarrollo adecuadas, donde la higiene, la seguridad y la conservación de los recursos sean acciones primordiales.

Para lograr lo antes mencionado, los y las adolescentes, y la población en general, deben participar activamente en la toma de decisiones, así como en la elaboración y ejecución de acciones para el beneficio de su salud. Por otra parte, es fundamental tomar en cuenta que los servicios del sector salud, además de sus funciones preventivas y curativas, deben tener una estructura abierta para brindar una atención integral, respetuosa y con perspectiva intercultural que fomente estilos de vida saludables.

En conclusión, la promoción de la salud se ha ido enriqueciendo a lo largo de todas las conferencias, haciendo evidente que la salud es producto de la interacción de diferentes factores, para lo cual la población tiene el poder y la obligación de buscar la mejora de los sistemas de salud. Es por ello que se debe sensibilizar a las instituciones que tienen la facultad de tomar decisiones que causan efecto sobre la salud de los adolescentes, para que tengan presentes las consecuencias que derivan de dichas decisiones y la necesidad de promover la creación de ambientes favorables, incluyendo aspectos como la educación, el trabajo, la recreación, entre otros.

III.2 Precedentes de la salud sexual y reproductiva en México

En el territorio nacional, los temas relacionados con la educación sexual comenzaron a incorporarse en los libros de texto gratuitos de la Secretaría de Educación Pública (SEP) en 1974; en el libro de quinto grado se abordaron por primera vez la menstruación, y los cambios en la pubertad y la adolescencia, así como los procesos reproductivos. Por otra parte, a nivel secundaria se incluyeron temas como la prevención de embarazos, el uso de métodos anticonceptivos y la prevención de las ITS (Rodríguez, 2004). Mientras que en el sector salud los derechos sexuales y reproductivos abordan los mismos temas, pero son dirigidos a las mujeres mayores de 20 años y a casadas o en unión libre más jóvenes (Mesa y Rodríguez, 2004).

Fue en el año 1982 cuando comenzó un enfoque preventivo, el cual dio pie a la promoción del uso del condón debido a la preocupación originada por la epidemia del VIH/sida que prevalecía en aquella década; la comunidad más vulnerable a la infección, según los datos epidemiológicos, fue la población joven (Rodríguez, 2004).

Al finalizar la década de los años ochenta se comenzó a evaluar el impacto de los retos de la educación sexual. Lento, pero notoriamente, hubo un descenso en los casos de embarazo adolescente. También cabe señalar que aproximadamente la mitad de los adolescentes que cursaban los niveles de educación básica, recibieron información sobre sexualidad por medio de talleres y pláticas ofrecidas por maestros, ya que en las escuelas se concentraba la mayor parte de los jóvenes, lo cual facilitaba la difusión de temas sexuales. En el mismo contexto, y con la misma finalidad, fueron desarrolladas campañas sobre sexualidad difundidas por la radio y la televisión (*Ídem*).

Las acciones de prevención de enfermedades y la promoción de la salud en los programas de salud sexual y reproductiva se dirigen al fomento de conductas saludables, aunque esto no siempre conlleva a un estado de bienestar integral.

Por ejemplo, la utilización del condón, método de protección ante ITS y

embarazos no deseados, no garantiza que se tenga una vida sexual satisfactoria y plena. Por lo cual, se entiende que la educación para una sexualidad saludable tiene que ser parte importante de una formación integral y personalizada, que proporcione los elementos necesarios para el disfrute de las relaciones interpersonales y sexuales (Haithem, Quintana y Rodríguez, 2018).

Por otra parte, son innegables las repercusiones psicológicas causadas por la constante relación de la mujer con la maternidad y la discriminación sexual ejercida a la comunidad Lésbica, Gay, Bisexual, Transgénero y Queer (LGBT+); es por ello que se debe brindar información para que la población en general disfrute de una vida sexual plena, libre y satisfactoria (Mesa y Rodríguez, 2004).

Tres eventos internacionales destacan esta nueva visión: la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD), en 1994; la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (CMM), en 1995; y la Declaración de Compromisos en la Lucha Contra el VIH/sida en 2001. Con ello, inicia la apertura de una educación sexual integral en los y las jóvenes; el derecho a la sexualidad libre y responsable; el derecho de las mujeres respecto al control de su cuerpo y la elección sobre cualquier método anticonceptivo; y la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) (Galdos, 2013).

Desde 1994 hasta la actualidad, se ha propuesto que los programas relacionados con la salud sexual y reproductiva aborden temas sobre género y diversidad sexual, en respuesta a lo establecido en los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, no se ha tenido éxito debido a que los temas no son aceptados por los padres de familia, ya que consideran que los incita a iniciar su vida sexual (Rodríguez, 2004).

De esta manera, se concibe que los y las adolescentes deben aprender los valores y las normas sociales en el seno familiar, mientras que en la escuela se deben formar académicamente. A pesar de ello, las temáticas relacionadas con la sexualidad son abordadas principalmente en la escuela, con padres de familia o tutores, y compañeros o amigos. Por lo cual los programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes deben propiciar confianza, apartando tabúes y

respondiendo a todas las inquietudes de los y las jóvenes acerca de las relaciones sexuales y la sexualidad en general, y no sólo tratando temas sobre el funcionamiento de los aparatos reproductivos, anticonceptivos, embarazos no deseados e ITS (Escamilla y Guzmán, 2017).

En 1998 se modificó el contenido de los programas en los libros de texto gratuito, incluyendo la formación de valores respecto a las diferencias de género y prevención en el área de la salud, los cambios del cuerpo desde la etapa de la pubertad, las relaciones sexuales, el amor y la equidad de género. La importancia al acceso de oportunidades en cuestiones de desarrollo intelectual, social y sexual, siguieron incluidos; así como temas que abordan el machismo, el abuso, los valores, el respeto y la solidaridad (Rodríguez, 2004).

En el año 2000 se proyectaron campañas masivas de información que, en colaboración con la SEP, lanzaron un programa nacional de educación sexual traducido en varias lenguas, siendo así inclusivo con los pueblos originarios. Lo antes mencionado es el resultado de años de lucha de todos los movimientos sociales, pero también se destaca la importancia de que una familia con educación, en la que domine la conciencia y el respeto a las diferencias individuales, tiene más formas de subsistir que una familia en donde prevalezca la inequidad e intolerancia. No está por demás recordar que la violencia intrafamiliar y de género son graves problemas que hoy en día siguen aquejando al país (De la Fuente, 2019).

III.3 Programa de Acción Específica “Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018”

Para que la salud sexual y reproductiva tenga un enfoque integral es importante que los derechos sexuales sean protegidos, respetados y ejecutados de forma efectiva, por ello, el gobierno durante cada sexenio elabora un Plan Nacional de Desarrollo, del cual se derivan los llamados Programas de Acción Específica (PAE).

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, tiene como objetivo principal hacer válidos los derechos sociales de la población, lo cual pretende contribuir a lograr un México equitativo e incluyente, poniendo énfasis en el derecho

a la salud y asegurando el acceso a los servicios médicos. La salud sexual y reproductiva es un derecho de todas las personas, sin embargo, se considera a la población adolescente como población de riesgo y con mayor posibilidad de aplicar a lo largo de su vida lo aprendido, por lo cual el proceder del programa es promover la participación de la población incluyendo la rural, la indígena y la urbana (Secretaría de Salud, 2017).

Los programas tienen el propósito de que la población de mujeres adolescentes cuente con una atención integral durante la etapa prenatal, el parto y el puerperio. Ello sucede por medio de orientación en temas de anticoncepción buscando que las adolescentes tengan atenciones necesarias para el cuidado de su salud y la del producto; asimismo, se busca la participación de los adolescentes en temas de planificación familiar y prevención de ITS (Secretaría de Salud, 2019a).

El programa “Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018” se basa en los objetivos del PND 2013-2018. Sus objetivos buscan favorecer el bienestar de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, y son:

Objetivo 1. Beneficiar el acceso a la información, la educación, la orientación y los servicios en salud sexual y reproductiva. Ello se manifiesta en las labores de prevención y atención, las cuales deben ser encaminadas a que los y las adolescentes adquieran los conocimientos y habilidades necesarias para así actuar de forma informada, libre y responsable en el ejercicio de su sexualidad. Por consiguiente, el impulso de las estrategias para la promoción, la información y la difusión debe ser desde una mirada de inclusión que requiere de la participación de la comunidad, instituciones y organizaciones que canalizan su atención hacia los y las jóvenes.

Objetivo 2. La reducción de embarazos no planeados e ITS, por medio del acceso seguro a servicios de calidad exclusivos. En atención a lo antes mencionado, las líneas de acción se orientan a fomentar comportamientos sexuales y reproductivos de forma protegida, retomando el acceso a los servicios en los cuales los profesionistas de la salud brinden al adolescente un ambiente de confianza y confidencialidad, respondiendo a los derechos sexuales y reproductivos.

Objetivo 3. Incidir en los determinantes que intervienen en el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva, así como también impulsar formas de sensibilización en el personal que brinda atención hacia dicha población; promoviendo acciones que

permitan identificar oportunamente casos de abuso y violencia sexual; así como incluyendo métodos anticonceptivos, de emergencia y acceso al ILE (Secretaría de Salud, 2017: 5).

Para desempeñar el Plan Nacional de Desarrollo, los PAE se encomiendan a la Secretaría de Salud, para que por medio de las jurisdicciones sanitarias se ejecuten los programas en todo el país. Por lo anterior, las estrategias que se mencionarán a continuación son aplicadas en los centros de salud de las alcaldías de la Ciudad de México, para que se supervise el cumplimiento de las metas establecidas durante el sexenio (*Ídem*).

III.3.1 Servicios Amigables

Gracias a la declaración de Monterrey, llevada a cabo en 1993, y a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD) en 1994, la Secretaría de Salud dio pie al Programa de Atención a la Salud Integral de Adolescentes, basándose en la salud reproductiva, fue por ello que se pusieron en marcha los denominados Módulos Amigables, cuyo principal propósito fue brindar consejería y orientación en términos de planificación familiar, prevención de ITS y embarazos no planeados (Secretaría de Salud, 2014).

La intención de estos espacios es brindar al y la adolescente las atenciones necesarias en apoyo a los cambios que desarrollan en esta etapa de la vida, ya que es un período que detona transformaciones drásticas en su cuerpo y en su desarrollo personal. Por ello, los Servicios amigables brindan atención integral en torno a sus necesidades específicas en las diferentes áreas de: psicología, medicina, trabajo social y odontología, así como promoción de la salud. Dichos espacios se encuentran en algunos centros de salud (primer nivel de atención) (Secretaría de Salud, 2016a).

Las instancias de gobierno mencionan que se les otorgan servicios diferenciados a los y las jóvenes debido a que es la etapa más difícil, marcada por la transición de niño/a a adulto/a. Además, estas instituciones también buscan cambios culturales relacionados con deslindar las relaciones sexuales y la

reproducción, el predominio masculino en la toma de decisiones sexuales y la eliminación de los límites impuestos a la sexualidad femenina (*Ídem*).

La atención se brinda de tal forma que sus derechos sexuales y reproductivos sean respetados, garantizando la privacidad y la confidencialidad. Los servicios se deben ofrecer con respeto y atención sin importar edad, escolaridad, orientación sexual, nivel social, etnia o cultura. Sin embargo, es importante señalar que se ha encontrado que la población adolescente no suele acudir a los servicios de salud sexual, ya que estos tienen un enfoque hegemónico y tradicionalista, y suelen dirigirse a la población adulta, lo cual provoca temor por parte del adolescente para acudir a los servicios de salud, especialmente en las adolescentes, y su relación con los procedimientos ginecológicos (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2020).

Por esta razón, se pretende que los Servicios amigables cuenten con personal capacitado en la salud integral de la adolescencia, en especial, en salud sexual y reproductiva, para brindar a los y las jóvenes orientación sin juicios; además de comunicarles que los servicios son destinados a ellos y que en cualquier situación los pueden utilizar. Se busca favorecer la aceptabilidad, la equidad y la accesibilidad, en cumplimiento con las características antes mencionadas por parte del personal (Secretaría de Salud, 2017).

III.3.2 Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud

Los Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS) pretenden formar colectivos de jóvenes de 10 a 19 años que desarrollen capacidades para participar activamente en el cuidado de la salud, por medio de actitudes y hábitos que ayuden a mejorarla. Su función es reunirse de manera periódica con los y las adolescentes pertenecientes al GAPS en las escuelas, para que reciban conocimientos relacionados con la salud integral, y se involucren en forma activa y dinámica para contribuir a la creación de una cultura de prevención y autocuidado teniendo en cuenta el entorno familiar, escolar y comunitario (Secretaría de Salud, 2016b).

El personal de los centros de salud como médico, enfermería y trabajo social -en conjunto con el personal de instituciones educativas como profesores, orientadores y de la salud- brindan orientación, asesoría y capacitación a los y las adolescentes que integran los GAPS pretendiendo que se cumplan los siguientes objetivos:

- Favorecer los estilos de vida saludables
- Definir formas adecuadas para la promoción de la salud en el conjunto de adolescentes que asisten al grupo
- Dirigir el marco de trabajo y de práctica a la promoción de la salud
- Desarrollar interés de responsabilidad individual, familiar y social respecto a la salud
- Propiciar el pleno desarrollo físico, emocional y social, para lograr una imagen positiva de sí mismos
- Proporcionar al adolescente conocimientos y habilidades necesarias para la toma de decisiones responsables en torno a su salud personal y de su comunidad
- Identificar y utilizar los recursos existentes en su comunidad y generar acciones en favor de la promoción de la salud
- Promover acciones de autocuidado, estilos de vida saludables y prevención de daños a la salud (Secretaría de Salud, 2011).

El papel de los integrantes de los GAPS es muy importante ya que es una forma de promover la salud entre pares, es decir, generando empatía y compartiendo los conocimientos y hábitos de salud adecuados de adolescente a adolescente. La intención es también ayudar a disminuir la vulnerabilidad, creando zonas de reflexión y toma de decisión relacionadas con experiencias personales e inquietudes que los ayuden a enfrentar cualquier situación que se les presente en un futuro de manera informada. Cabe mencionar que los GAPS son impartidos por profesionistas de la salud, siguiendo un manual ya estipulado a nivel nacional. El cual contiene un cronograma de actividades y temas considerados de mayor importancia para los y las adolescentes (Secretaría de Salud, 2010).

III.3.3 Jornadas de Salud

Forman parte de una estrategia que, en conjunto con los habituales servicios de salud, acercan los medios a la comunidad estudiantil, anteponiendo a los grupos

vulnerables. El objetivo es promover condiciones más aptas de salud e incrementar su calidad de vida por medio de servicios de prevención, promoción y educación para la salud. Para realizar dichos acercamientos, es requerida la participación del sector salud, de gobiernos municipales, organizaciones no gubernamentales y otros sectores con relación a la salud pública (Secretaría de Salud, 2020).

Las jornadas son dirigidas a instituciones educativas ya que son el sitio donde se concentra la mayor población de jóvenes. De esta manera, se brinda atención e información acerca del uso y la aplicación de métodos anticonceptivos para la planificación familiar y prevención de ITS; también se abordan temas de violencia en el noviazgo y trastornos alimenticios, entre otros (Secretaría de Salud, 2019b).

III.4 Cartilla de Derechos Sexuales y Reproductivos para Jóvenes

En la actualidad, se ha realizado una creciente inclusión de políticas dirigidas a reconfigurar los derechos sexuales y reproductivos de los individuos. En continuidad, se han realizado convenciones, encuentros internacionales y pactos, en pro de los derechos sexuales y reproductivos, con la finalidad de incrementar la educación sexual en todos los ámbitos. El acuerdo internacional coincidió en la incorporación de la educación sexual en los espacios de aprendizaje, especialmente en materia de respeto y garantías a los derechos fundamentales de los seres humanos (Báez, 2015).

La sexualidad está presente durante todas las etapas de la vida y constituye a las personas; por lo que es fundamental su ejercicio pleno, placentero y con responsabilidad para la obtención de un bienestar físico, emocional, mental y social. Por ello, se debe gozar de los derechos sexuales sin distinciones de sexo, discapacidad, edad, condición social, religión, orientación sexual e identidad de género (*Ídem*).

En este sentido, durante la aplicación de los programas del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida (2016), se da a conocer a los y las adolescentes la “Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes”, la cual alude a los siguientes derechos:

1. Decidir de forma autónoma, libre e informada sobre su sexualidad y cuerpo [...]
2. Disfrutar de forma plena su sexualidad y vivir cualquier experiencia erótica que elijan, siempre que sea consensuado por las personas involucradas
3. Demostrar públicamente afecto y ejercer con libertad la expresión de identidad sexual, de género y cultural sin prejuicios, discriminación ni violencia
4. Decidir libremente con quienes relacionarse erótica, afectiva y socialmente; así como decidir de manera libre y autónoma con quien compartir su sexualidad, vida, placeres y/o afectos
5. Proteger su privacidad e intimidad, incluyendo su sexualidad, sin importar la edad.
6. Disfrutar la vida, respetando la integridad psicológica, física y sexual
7. Disponer de manera informada y libre sobre su vida reproductiva.
8. Gozar de igualdad y libertad de prejuicios y estereotipos de género que limiten el ejercicio pleno de los derechos
9. Vivir libre de discriminación
10. Tener acceso a información veraz, actualizada, científica, completa y laica sobre sexualidad; los cuales deben incluir temas como: género, erotismo, vínculos afectivos, reproducción, placer y diversidad.
11. Favorecer la educación integral en sexualidad fomentando la toma de decisiones informadas y libres, junto con una cultura de respeto, igualdad y equidad
12. Acceso a los servicios de salud, siendo estos confidenciales, amigables, de calidad, gratuitos y oportunos.
13. Asumir una identidad sexual, de género, orientación sexual e identidad política.
14. Participar en políticas públicas durante su diseño, implementación, evaluación y seguimiento (Centro Nacional Para la Prevención y el Control de VIH/sida, 2016: s/p).

Si bien los derechos sexuales enumerados anteriormente, y dados a conocer en la Cartilla de Derechos Sexuales y Reproductivos para Adolescentes, son suficientes y muy viables para que el grupo etario al que van dirigidos ejerza una vida sexual plena y saludable, hay que reconocer que llegan a ser utópicos e imposibles de llevar a cabo en su mayoría, al menos hasta el presente momento histórico. Esto se debe a que, en la actualidad el actuar y el pensar de las diferentes

comunidades con las que interactúan los y las adolescentes como lo son: las instituciones educativas (con una escasa información sobre la sexualidad), la familia (con padres y/o familiares conservadores en su mayoría) y, en contraparte, con su entorno amistoso (con personas desinformadas) y los medios de comunicación a los que están expuestos, ocasiona que dichos derechos queden en el aire en algunos casos o que sean mal practicados y en su mayoría que no sean llevados a cabo.

Por ello, es trascendental tomarlos en cuenta y, en conjunto con los resultados del análisis de la presente investigación, buscar alguna manera a través de la cual puedan ser rescatados y aplicados en los y las adolescentes, ya que, logrando que estos se mantengan informados en temas de sexualidad y fomentando la adecuada toma de decisiones, puedan ejercer sus derechos obteniendo una mejora en su salud. De esta manera se podría lograr un impacto social que no sólo cumpliera con las expectativas del programa de salud sexual y reproductiva, sino también induciendo a una vida más saludable para los y las adolescentes.

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

IV.1 Planteamiento del problema

En la actualidad, en la Ciudad de México hay complicaciones en la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, principalmente en materia de ITS y embarazos a temprana edad. Estas complicaciones deberían ser atendidas con la finalidad de lograr que la población adolescente ejerza responsable y placenteramente su sexualidad para mejorar su calidad de vida.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2011), nos muestra, en las últimas encuestas, un alto índice de adolescentes con embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, los cuales pueden ser consecuencia de un inapropiado ejercicio de su sexualidad, un uso inadecuado de la información, factores económicos que influyen en su educación y la insuficiente aplicación de la perspectiva de la promoción de la salud en los programas dirigidos a este grupo etario.

Para tratar estas problemáticas en los jóvenes, fue creado el programa de acción específica “Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018”, que desglosa los antecedentes, la situación y la problemática actual, los avances que se han dado año con año y los nuevos retos, así como llevar a cabo acciones mediante diversas líneas de intervención.

Por lo cual se decidió realizar un análisis de este programa desde la perspectiva de la promoción de la salud dado que, a pesar de las actividades realizadas por parte de la jurisdicción sanitaria de la alcaldía Gustavo A. Madero (GAM), aun no se han obtenido los resultados esperados. Es por ello que se deben identificar otros factores que intervienen en dicha problemática, como: los políticos, los económicos y los sociales, que deben estar orientados a promover conductas saludables; además de dar mayor énfasis a la intervención de la promoción de la salud, y hacer más efectivo dicho programa, fomentando en los y las adolescentes el disfrute de una vida sexual satisfactoria y responsable. La salud tiene que ser percibida como un aspecto fundamental para la calidad de vida, en vista de que la

población tiene el derecho y la obligación de participar en la planificación y ejecución de los programas dirigidos a la protección y atención de su salud (Cantú, Cerqueira y Arroyo, 2012).

Para realizar este análisis, se eligió entrevistar a profesionistas de la salud, los cuales tienen una amplia experiencia en la ejecución del programa y son informantes clave para conocer la perspectiva que manejan tanto en la elaboración como en la ejecución de las diferentes líneas de intervención. Para analizar la manera en que se instrumentó dicho programa y su impacto en la población meta, se consideró a un grupo de adolescentes receptores del servicio.

Asimismo, se tomaron en cuenta las experiencias de quienes esto escriben al trabajar con la población adolescente durante la realización del servicio social en el Programa de Salud Comunitaria, en la jurisdicción sanitaria GAM, en el periodo comprendido de octubre de 2017 a octubre de 2018 en el Área de promoción de la salud. Se identificó cuál es la perspectiva de la promoción de la salud más adecuada para reforzar este programa de acción específica, y se realizaron recomendaciones para la mejora en la ejecución del programa con el propósito de tener un mayor impacto en la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, resaltando la importancia de diversos factores que intervienen en el proceso de promoción de la salud.

IV.1.1 Preguntas de investigación

Se consideraron importantes los siguientes cuestionamientos puesto que son clave para la elaboración de los objetivos de nuestra investigación.

1. ¿Cuál es el origen del programa “Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes 2013-2018”?
2. ¿Desde qué perspectiva de la promoción de la salud se ejecuta el programa “Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes 2013-2018”?
3. ¿Cuáles son las experiencias de los profesionistas de la salud que ejecutan el programa “Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes 2013-2018”?

4. ¿Cuáles son las experiencias y el impacto obtenido del programa “Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes 2013-2018” en los y las adolescentes participantes en el mismo?
5. ¿Qué recomendaciones se pueden hacer, desde la perspectiva de la promoción de la salud, para lograr un mejoramiento en el programa y tener un mayor impacto en la salud sexual de los y las adolescentes?

Las preguntas antes mencionadas dan pauta a la realización de los objetivos que dirigieron el desarrollo de la presente investigación.

IV.1.2 Objetivos general y específicos

Objetivo general:

Analizar el origen y la ejecución del programa “Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018” de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, alcaldía GAM, desde la perspectiva de la promoción de la salud y las experiencias de los y las profesionistas de salud que llevan a cabo el programa, y de adolescentes participantes en el mismo, para proponer líneas de intervención que generen un mayor impacto en esta población.

Objetos específicos:

1. Analizar el origen del programa desde la perspectiva de la promoción de la salud.
2. Analizar la ejecución del programa desde la perspectiva de la promoción de la salud.
3. Analizar las experiencias de los y las profesionistas de la salud que participaron en la ejecución del programa.
4. Analizar las experiencias y el impacto obtenido en los y las adolescentes que participaron en el programa.
5. Realizar recomendaciones para el mejoramiento del programa desde la perspectiva de la promoción de la salud, a fin de obtener un mayor impacto en la salud sexual de los y las adolescentes.

IV.1.3 Justificación del problema

Es primordial reconocer que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son dos de los pilares de la salud pública.

La mayoría de las políticas en el ámbito internacional las consideran actividades prioritarias porque son acciones que intervienen directamente en la población, sea de manera individual o grupal, a fin de mejorar sus condiciones de salud.

La necesidad de buscar un nuevo acercamiento a los múltiples problemas de salud, desde una perspectiva integral, surge en la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa el 2 de noviembre de 1986, como respuesta a la necesidad de una nueva perspectiva en pro de la salud pública. Dicho lo anterior, y según la OMS (1986):

La promoción de la salud se encarga de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma alcanzando un bienestar físico, mental y social, todo esto por medio de la suma de acciones de: servicios de salud, autoridades sanitarias, personas, y otros sectores tanto sociales como productivos, para el desarrollo y mejoría de condiciones de salud individual y colectiva.

La Secretaría de Salud es la dependencia gubernamental encargada de ejercer la prevención de enfermedades y la promoción de la salud dirigida a los grupos etarios de infantes, adolescentes, adultos y adultos mayores.

La licenciatura en promoción de la salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) tiene una perspectiva interdisciplinaria, enfocada a formar profesionistas capaces de mejorar la calidad de vida de la población mediante acciones en los ámbitos de salud, educación y social, lo cual permite analizar las problemáticas de salud desde un enfoque biopsicosocial, tomando en cuenta la salud no sólo como la ausencia de la enfermedad, sino como un proceso multifactorial.

En la adolescencia, cada vez es más frecuente que se inicie la vida sexual en una etapa temprana. La poca madurez de los y las jóvenes, el desconocimiento o la poca posibilidad de cierto número de mujeres para decidir sobre su cuerpo, son

factores que intervienen en las prácticas sexuales de riesgo y pueden dar como resultado un embarazo no planeado o alguna infección de transmisión sexual.

Durante la realización del servicio social se apreció que no hay claridad sobre la perspectiva de promoción de la salud en el personal del área de promoción de la salud de la Secretaría de Salud en la alcaldía GAM, encargada del programa. Por consiguiente, no hay una aplicación adecuada, y mucho menos un diagnóstico apropiado, que satisfaga plenamente las necesidades de los y las adolescentes, lo que ocasiona un menor impacto de dicho programa.

Cabe señalar que, si la promoción de la salud se ejerciera desde una perspectiva más efectiva, se haría partícipe a la población en la planeación y ejecución de los programas de salud, para que tuviera las herramientas y conocimientos necesarios sobre las competencias y capacidades que le permitan identificar los determinantes de salud que se encuentran en su entorno, ocasionando un incremento en la autonomía individual y colectiva que le lleven a tomar decisiones en cuanto al cuidado de su salud sexual y reproductiva. De esta manera, la promoción de la salud tiene como finalidad lograr el bienestar de las personas, por lo que la salud sólo es el medio para alcanzar el objetivo.

Se aspira a contribuir en la disminución de las prácticas sexuales de riesgo y los altos índices de embarazo adolescente dado que, según la OMS (2012), aproximadamente 17 millones de adolescentes dan a luz cada año en países en vías de desarrollo, y México ocupa el primer lugar a nivel mundial, lo que se ha convertido en un problema de salud pública.

Por consiguiente, este análisis del programa del área de promoción de la salud de la Secretaría de Salud, pretende hacer una aportación en el campo y ser útil para elaborar recomendaciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los y las adolescentes de la alcaldía GAM, por medio de la construcción de la capacidad de elección y fortalecimiento de la salud (Czeresnia, 2008), para fomentar el disfrute de una vida sexual satisfactoria y responsable, impulsando la mayor incidencia de la promoción de la salud en los programas del sector público que beneficien a este grupo etario.

IV.2 Sujetos de investigación

Se entrevistaron a cuatro profesionistas de la salud: tres hombres (promotor de la salud, médico y enfermero) y una mujer (médica), cuyas edades rondan entre los 30 y 40 años, radican en la alcaldía GAM y tuvieron como característica en común el trabajo previo con adolescentes y en programas relacionados con la adolescencia, especialmente durante la aplicación del GAPS en 2018.

El grupo focal fue integrado por cinco adolescentes: tres hombres (Zayón, Marco y Alexis) y dos mujeres (Valeria y Valentina), entre los 14 y 15 años, estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica Núm. 71 (del sector público), quienes fueron partícipes del GAPS durante el año 2018. Según los profesionistas, las características principales de estos sujetos de estudio fueron que cursaban el tercer grado de secundaria, eran jefes y subjefes de su grupo escolar, eran considerados como estudiantes “modelo” por su destacado promedio y excelente comportamiento, por lo que pudieron fungir el papel de promotores de salud entre adolescentes, además de que contaban con un núcleo familiar estable y un nivel adquisitivo medio. Tal población fue reducida debido a que la generación que tuvo mayor participación en un GAPS ya había egresado de dicha institución.

IV.3 Escenario

Las entrevistas con los profesionistas de la salud se realizaron en: la jurisdicción sanitaria GAM, ubicada en Av. 5 de Febrero s/n, colonia Aragón la Villa; el Centro de Salud T-II La Esmeralda, ubicado la esquina de Oriente 171 y Norte 94, colonia la Esmeralda; y la Escuela Secundaria Técnica Núm. 71, perteneciente a la SEP, situada en Av. 414-A 58, colonia San Juan de Aragón VI sección; en esta última también fueron aplicadas las entrevistas al grupo focal, en el turno matutino durante el segundo trimestre de 2019. Las sedes mencionadas están ubicadas en la alcaldía GAM, Ciudad de México.

IV.4 Alcance de la investigación

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), existen cuatro tipos de alcance, los cuales son:

- Los estudios exploratorios son llevados a cabo cuando se pretende investigar un tema o problema de investigación que ha recibido escasa atención previa o que suscita numerosas interrogantes. Estos estudios son utilizados para familiarizarse con fenómenos relativamente desconocidos o problemas nuevos, además de identificar conceptos, afirmaciones y/o posturas.
- Los estudios descriptivos tienen como objetivo encontrar las características o perfiles de personas, grupos, procesos u otros fenómenos sujetos a análisis. Buscando recopilar información, conceptos o variables que se investigan, sin enfocarse en la relación entre ellos; son valiosos para presentar de manera precisa los diferentes aspectos o dimensiones de un fenómeno, evento, comunidad, contexto o situación.
- Los estudios correlacionales tienen como objetivo responder a preguntas de investigación al examinar el grado de relación entre ciertas categorías o variables concretas. Estos estudios miden y cuantifican cada una de las variables presumiblemente relacionadas, para luego analizar la vinculación entre ellas.
- Los estudios explicativos, como su nombre indica, se enfocan en explicar por qué ocurre un fenómeno y bajo qué condiciones, o la relación existente entre dos o más variables; tienen como objetivo principal dar respuesta a las causas de los eventos físicos o sociales.

En este sentido, esta investigación es de carácter exploratorio dado que cuando se realizó la revisión de la literatura se reveló que hay muy pocas investigaciones sobre los asuntos que aquí se plantean y su impacto en los y las adolescentes. Así, en esta investigación se pretende explorar el campo de estudios acerca de estas temáticas y poder plantear investigaciones más profundas a futuro.

IV.5 Procedimiento

La investigación se realizó desde la metodología cualitativa puesto que se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados, ni totalmente determinados. Por lo tanto, es flexible y se enfoca en obtener información de personas, comunidades y situaciones que los conforman. De esta manera, los datos de interés son: concepciones, percepciones, creencias, emociones, interacciones, pensamientos y experiencias manifestadas tanto en forma individual como grupal y/o colectiva en voz de los informantes (Hernández *et al.*, 2010).

Asimismo, se busca conocer la subjetividad (aspiraciones, memorias, saberes y sentimientos) de las personas respecto a una experiencia, cómo es interpretada y de qué manera repercute en su forma de vivir. Este tipo de investigación considera al individuo y al grupo como una parte activa e importante, tomando en cuenta las relaciones con su entorno, cultura, hábitos, valores y representaciones, porque son aspectos clave para entender un fenómeno, otorgando la palabra a los que siempre son interpretados (Cardoso, Pascual, Moreno, Figueroa y Serrano, 2007).

Por lo tanto, la utilidad de la investigación cualitativa en este estudio radica en que no considera a los individuos como objetos, sino que los investigadores buscan crear un espacio para la expresión del proceso vivido, captando el sentido de lo que se dice y se hace; realizando la exploración, la forma de elaboración y sistematización de un fenómeno, dando significado a cuestiones y problemáticas en específico (Hernández *et al.*, 2010).

Adicionalmente, la metodología se implementó desde un enfoque fenomenológico. La fenomenología es el estudio o la ciencia de los fenómenos tal como son vividos, experimentados y percibidos por las personas; siendo un método de la investigación cualitativa, se caracteriza por estudiar y describir la particularidad de las experiencias vividas. Este enfoque considera que la realidad del sujeto se construye a partir de sus pensamientos, sentimientos y acciones, entendiendo que nadie puede comprender verdaderamente a otro sujeto a menos que hubiese percibido el mundo a través de sus ojos (Cardoso *et al.*, 2007).

Según Cardoso *et al.*, (2007), la atención en salud es afectada por la concepción de las personas como objetos y por el énfasis en la evaluación de su situación con base en datos provenientes del pasado más que de la atención en sus problemáticas y necesidades presentes, todo lo cual contribuye a fomentar su dependencia a las instituciones de salud.

En definitiva, a las personas no se les puede tratar como objetos, por lo cual, es necesario darles voz ante su padecimiento y hacerlos partícipes del mismo, logrando que los programas destinados a la salud de la población se ajusten a sus necesidades y evitando que la perspectiva de los “expertos” que diseñan los programas sea la única que se tome en cuenta.

En este sentido, la investigación cualitativa y el método fenomenológico son la alternativa que cumple con las directrices de la presente investigación, puesto que nos permiten conocer el punto de vista de la población sin que ésta se vea afectada por los intereses del investigador, buscando la plena comprensión humana con la expectativa de beneficiar la adopción de decisiones más racionales e informadas en pro de la salud; por consiguiente, se mencionan las fases de la investigación.

IV.5.1 Fase 1 Selección de los informantes

La búsqueda de las personas participantes en la investigación se facilitó gracias a las labores realizadas durante el servicio social puesto que algunas de las múltiples actividades, como jornadas y ferias de salud, fueron ejecutadas con profesionistas de la salud y población adolescente. El informante que consideramos clave fue el promotor de la salud, responsable del área de promoción de la salud en la jurisdicción sanitaria GAM, y quien en ese entonces fue nuestro jefe directo; el promotor de la salud tenía mucha información y experiencia de trabajo con adolescentes, puesto que era el encargado de llevar a cabo la logística de las actividades derivadas del programa destinado a esta población. Es por ello que, sin dudar, se le informó todo lo referente a nuestro proyecto de tesis, por el cual mostró gran y rotundo apoyo.

A partir de lo antes mencionado, se comenzó la búsqueda de los participantes por medio de la técnica de la “bola de nieve”, que básicamente consiste en conocer e interactuar con algunos informantes clave, invitarlos a colaborar en la investigación y lograr que ellos, a su vez, propongan a otras personas (conocidos, familiares y amigos) que cumplan con el perfil estipulado (Taylor y Bogdan, 1992). Así fue como conocimos a otro posible informante, al cual le platicamos acerca de los objetivos de la investigación y mostró un notable interés por participar. De esta manera aseguramos a nuestro segundo informante, un médico de la jurisdicción sanitaria que fue muy importante para la investigación y que, junto con el promotor de la salud, se encargaban de ejecutar la logística de algunos de los programas dirigidos a diferentes sectores de la población.

Posteriormente, el promotor de la salud y el médico nos contactaron con la médica, que fue la encargada de estar al frente del grupo de adolescentes durante la aplicación del GAPS en 2018, así fue como después de comentarle la finalidad de la investigación, y al ella considerar la innegable necesidad del trabajo arduo con adolescentes, sin dudarlo aceptó colaborar con nosotros, asegurando así a nuestro tercer informante.

En otra instancia, se creyó indispensable tener un cuarto informante que fuera más cercano al grupo adolescente, alguien que, por medio de la observación y la convivencia constante con dicha población, nos pudiera facilitar más información de este grupo, fue entonces que la médica nos presentó a otro profesionalista con quien coordinaba las actividades del programa y el cual estaba relacionado directamente con la comunidad que se trabajó. De esta forma, le expusimos el proyecto al enfermero encargado del área de atención médica de la escuela secundaria a la cual pertenecía la población adolescente; esto debido a que él tenía más confianza y acercamiento con la comunidad gracias a las actividades encomendadas por la institución, al mismo tiempo que tenía acercamiento y confianza con la población estudiantil para tratar de forma personal temas de salud.

Cabe mencionar que el contacto con los informantes fue directo y presencial, ya que se consideró importante y formal abordar de esta manera los detalles de la

investigación, así como la aplicación del “Cuestionario de selección de los informantes” (ver Anexo Núm. 1). Tal cuestionario fue elaborado con la intención de conocer las características académicas y la trayectoria de trabajo con adolescentes de los y las profesionistas de la salud entrevistados. Pese a que teníamos nociones de algunas labores que ejercían, fue importante saber de manera previa y más amplia, datos que pudieran servir de apoyo a la hora de la realización de las entrevistas.

Así, los cuatro profesionistas entrevistados tienen un promedio de edad de 36.75 años, son trabajadores del Gobierno de la Ciudad de México y cuentan con un nivel de estudios de licenciatura, a excepción del técnico en enfermería. Específicamente, el promotor de la salud y el médico cirujano son empleados en la jurisdicción sanitaria de la alcaldía GAM y responsables de la ejecución de programas en pro del mejoramiento de la salud de diferentes grupos etarios; se encargan, además, de girar instrucciones y proporcionar insumos a los centros de salud de la alcaldía relacionados con los programas de los cuales son responsables. El primero de ellos, además de ser licenciado en promoción de la salud, también cursó diplomados con un enfoque social e intercultural; mientras que el médico cirujano se enfoca más a la consulta externa en centros de salud y escuelas de la alcaldía. Cabe señalar que ambos, además de tener actividades con el personal de salud de los centros de salud, también realizan algunas otras directamente con la población en explanadas escolares y auditorios de la alcaldía.

Con respecto a la médica cirujana, además de dar consultas en el centro de salud La Esmeralda, también tiene un enfoque social al llevar a cabo actividades de los programas directamente con la población adolescente en los mismos lugares que los dos profesionistas anteriores. Mientras que el técnico en enfermería se encargaba básicamente de atender de manera directa a los y las adolescentes dentro de la institución educativa durante todo el ciclo escolar, por lo que tuvo un contacto más cercano con esta población.

Es necesario precisar que los cuatro profesionistas tuvieron en común la realización de actividades con adolescentes, algunos con mayor frecuencia que

otros; dichas actividades se realizaron en talleres, ferias de la salud y demás eventos en los que se impartieron temas como: prevención del embarazo; salud sexual y reproductiva; diversidad sexual; y métodos anticonceptivos, entre otros (ver Tabla Núm. 1)

Tabla Núm. 1. Características académicas y laborales de los profesionistas en salud entrevistados

DATOS PERSONALES:		EXPERIENCIAS EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LAS Y LOS ADOLESCENTES:						
Informante	Edad (años)	Ocupación	FORMACION ACADÉMICA:	Actividades con adolescentes	Lugar dónde se han impartido	Pláticas sobre salud sexual y reproductiva que ha impartido	Actividades realizadas	Lugar dónde se han impartido
Promotor de la salud	35	Responsable de programa de la jurisdicción sanitaria	Nivel de estudios Licenciatura en promoción de la salud	Promoción de la salud en escuelas de la GAM	Escuelas secundarias y de nivel media superior públicas	Prevención del embarazo, salud sexual, orientación sexual, adicciones, violencia y nutrición	Talleres	Explanadas escolares y auditorios de la alcaldía GAM
Médico	41	Responsable de programa de la jurisdicción sanitaria	Licenciatura de médico cirujano	Consultas médicas y jornadas de salud	Escuelas secundarias y de nivel media superior públicas	Salud sexual y reproductiva	Capacitaciones y talleres	Consultorio médico en centros de salud y escuelas de la alcaldía GAM
Médica	31	Médica general	Licenciatura de médico cirujano	GAPS, Servicios Amigables y pláticas de salud sexual	Escuelas primarias, secundarias y nivel media superior públicas	Salud sexual, métodos de planificación familiar, y diversidad sexual	Talleres, ferias de salud y Semana Nacional del Adolescente	Consultorio médico en los centros de salud, explanadas y aulas escolares, de la alcaldía GAM

Consecutivamente, con fines de agendar día, hora y lugar para las entrevistas, se procedió a la organización por medio de llamadas telefónicas. La agenda de las entrevistas fue a consideración de los informantes tomando en cuenta las fechas tanto del proyecto como también sus itinerarios con fines de no afectar sus actividades laborales y/o personales.

Después de pláticas con el enfermero para conformar el grupo focal, se consideró oportuno que dicho profesionista dialogara con los y las adolescentes que fueron partícipes del programa GAPS dentro de la institución debido a que él conoció a cada uno de los integrantes, además de que fue la forma más adecuada de acercarnos a los alumnos/as, dado que a lo largo del tiempo los directivos de la escuela no han considerado permisible que los adolescentes tengan contacto con personas externas a la secundaria (únicamente en casos necesarios). Por ende, se tuvo una breve reunión con los directivos para que nos conocieran y les habláramos directamente de la investigación, además de que se formalizó la colaboración de los estudiantes con un “Oficio de solicitud para trabajo con grupo focal” (ver Anexo Núm. 2) en el cual se solicitaba al director de la secundaria el permiso para trabajar con un grupo focal.

Posteriormente, obtenido el permiso por parte de las autoridades, y una vez que el enfermero expuso el propósito de la investigación con los posibles participantes, se recurrió a la muestra de “voluntarios” o también llamada autoseleccionada, debido a su flexibilidad y practicidad. Como su nombre lo dice, los participantes se proponen y acceden a participar activamente en determinado estudio, aceptando acudir a entrevistas abiertas (Hernández *et al.*, 2010).

Vale la pena hacer mención de que todos los y las adolescentes tenían las características necesarias para participar en la investigación. De la misma forma, manifestaron su conformidad a fin de integrarse al grupo focal, en vista de que tenían el interés personal y el tiempo que éste requería.

Debido al protocolo de los directivos para el cuidado de los alumnos y la protección de sus datos personales, no nos fue permisible aplicar un cuestionario de selección de los informantes o algún otro documento con los y las adolescentes;

por consiguiente, no contamos con la precisión de las características sociodemográficas específicas de los estudiantes. Sin embargo, por generalidades y antecedentes compartidos por el enfermero, además de observaciones como investigadores, se pudo notar que son adolescentes que hasta ese momento demostraron tener un nivel adquisitivo medio, que se desarrollan en un entorno familiar estable, aparte de tener la cultura de realizar actividades recreativas, ser estudiantes modelo y contar con un sentido de la responsabilidad en vista de que eran jefes y subjeses de grupo.

IV.5.2 Fase 2 Entrevistas en profundidad

Es importante mencionar que la “Carta de consentimiento informado” (ver Anexo Núm. 3) fue leída y firmada por los profesionistas momentos antes de la aplicación de las entrevistas, mediante la cual se les garantizó que la información proporcionada, así como sus datos personales, no correrían ningún riesgo, serían utilizados con fines académicos y manteniendo el anonimato, y en la que proporcionaron la autorización para grabar las entrevistas.

Ahora bien, las entrevistas cualitativas o también llamadas entrevistas en profundidad, cuentan con un diseño flexible por lo cual, el número ni el perfil de los informantes está determinado de antemano. En todos los casos, los investigadores deben establecer una relación de confianza y empatía (*rapport*) con los participantes a través de los constantes encuentros a lo largo de determinado tiempo, estos deben seguir el modelo de una conversación entre iguales. En las entrevistas no sólo se busca obtener respuestas, sino también, por medio de las mismas, conocer los significados, perspectivas, definiciones y aprendizajes sobre lo que es importante en la mente de las personas (Taylor y Bogdan, 1992).

Durante la entrevista, por medio de la dinámica de preguntas y respuestas, se puede obtener una comunicación fluida, puesto que se da una interacción más íntima, abierta y flexible. Existen tres tipos de entrevistas, el primero es la estructurada, donde el entrevistador efectúa su labor guiándose de una serie de preguntas específicas que están en un determinado orden; el segundo es la

entrevista semiestructurada, se basa en una guía de preguntas de las cuales el entrevistador posee la libertad de implementar preguntas para obtener mayor información sobre los temas pretendidos; y por último, la entrevista abierta, la cual es fundamentada en una guía de temas, de tal suerte que el entrevistador tiene toda la flexibilidad para dirigirla al ritmo, estructura y contenido que mejor le parezca (Hernández *et al.*, 2010).

En este caso se utilizó la entrevista semiestructurada, basada en una guía de preguntas abiertas, teniendo la opción de introducir preguntas adicionales en caso de ser requeridas para ampliar los conceptos e información sobre los temas deseados. Se contempló que las entrevistas tienen una duración de más o menos dos horas, por lo que, dentro de las instituciones donde se realizaron las entrevistas, se buscó un sitio relajado donde se pudiera hablar sin interrupciones (Taylor y Bogdan, 1992).

Se utilizó el mismo “Guion de entrevista semiestructurada para los profesionistas en salud” (ver Anexo Núm. 4) en las tres entrevistas, el cual estuvo constituido de 37 preguntas divididas en tres rubros: adolescencia, perspectiva de promoción de la salud, y salud sexual y reproductiva. Con este guion se pretendió explorar las concepciones de este sector sobre prevención, promoción y educación para la salud y, por último, indagar en sus experiencias y opiniones respecto a su desempeño con los y las adolescentes.

Debido a la premura entre los tiempos de la investigación y la aplicación de las entrevistas, además de la agenda tan saturada de los informantes, se decidió no realizar pruebas piloto de los guiones de entrevista, puesto que las vacaciones de verano estaban próximas.

Al inicio de las entrevistas se les reiteró el objetivo de la misma, la confidencialidad y el uso de la grabadora. Más adelante fue aplicado el guion de una forma natural y fluida sin perder el orden establecido; en promedio, las entrevistas tuvieron una duración de hora y media y fueron grabadas con el propósito de aprovechar toda la información brindada al momento de la transcripción. Además, se contó con papel y lápiz para tomar nota de los aspectos

e ideas importantes que surgieron durante las entrevistas. El terreno de la confianza con los informantes se adecuó con facilidad debido a que la visita realizada con anticipación, en la cual les expusimos nuestro proyecto, tuvo aportación para que el día de la entrevista las respuestas fueran expresadas con total libertad.

La primera entrevista se realizó al promotor de la salud y al médico en conjunto, debido a la poca disponibilidad de tiempo por sus múltiples actividades. Dicha actividad fue efectuada en la sala de juntas de la jurisdicción sanitaria GAM, para que el ambiente fuera el adecuado en cuanto a espacio y privacidad, puesto que se encontraban dentro de su jornada laboral. La segunda entrevista fue con la médica y se llevó a cabo en una oficina de las instalaciones del Centro de Salud T-III Esmeralda para aprovechar mejor el tiempo que nos concedió debido a que dirige distintos proyectos, los cuales demandan su total atención. La tercera entrevista fue con el enfermero, dicha reunión se efectuó en el área de atención médica de la Escuela Secundaria Técnica Núm. 71. Por cuestiones de tiempo, fue programada durante su jornada laboral, momento en el que contaba con mayor disponibilidad para los requerimientos del encuentro.

Es importante resaltar que se consideró que los profesionistas mencionados eran informantes clave y suficientes, y que cumplían con las características necesarias para ser parte del proyecto. Por tales motivos, se consideró que el hecho de no haber aplicado las pruebas piloto de los guiones de entrevistas no afectaría la obtención de los datos de la investigación, puesto que los informantes en su totalidad tuvieron relación directa con al menos un programa destinado a los y las adolescentes, y las preguntas del guion de entrevista tuvieron total relación con dicha temática. Por otra parte, como equipo, tomamos en cuenta alternativas que permitieron que las entrevistas se realizaran de la forma más adecuada y sin complicaciones para el proyecto.

IV.5.3 Fase 3 Grupo focal

En cuanto a las sesiones de grupo focal, son consideradas como entrevistas grupales, éstas consisten en reuniones de entre tres a diez personas, en las cuales,

bajo el manejo de un especialista, los participantes conversan sobre un tema en específico para que expresen conceptos, experiencias, emociones, creencias, sucesos y/o temas de interés estipulados en el planteamiento de la investigación (Hernández *et al.*, 2010).

Especialmente, en esta técnica el entrevistador tiene como propósito conocer y analizar cómo los participantes interactúan y conversan de alguna cuestión, formando significados, representaciones y/o perspectivas de un problema en un ambiente relajado, a diferencia de la entrevista en profundidad, que busca explorar a detalle las experiencias individuales (*Ídem*).

Se utilizó un “Guion de entrevista semiestructurado de grupo focal para adolescentes” (ver Anexo Núm. 5), el cual constó de 84 preguntas divididas en tres rubros: adolescencia, sexualidad y promoción de la salud. Este guion tuvo tres finalidades: la primera, conocer las experiencias y aprendizajes a un año de haber participado en el programa; la segunda, explorar los temas de interés en materia de sexualidad y las opiniones acerca del desarrollo de las actividades; y, por último, tener una aproximación sobre los efectos del programa en los y las adolescentes, para el análisis y la generación de aportaciones que acrecienten el impacto en la población hacia la cual va dirigido.

Como ya se mencionó, se decidió no realizar pruebas piloto del guion de entrevista puesto que la agenda de los informantes estaba saturada y en el mes de julio de ese año se concluiría el ciclo escolar, lo cual imposibilitaría el acceso a ellos. De esta forma, se decidió comenzar con la aplicación de la entrevista cuanto antes, porque los días y horarios fueron establecidos por las autoridades escolares con la finalidad de no afectar las actividades académicas de los participantes.

El grupo focal se llevó a cabo en dos sesiones: la primera de una hora y media, y la segunda de dos horas y media. En ambas sesiones hubo un descanso intermedio con la intención de que los participantes no se sintieran saturados, se despejaron y al momento de responder a las preguntas faltantes no mostraran estrés o aburrimiento. Al igual que con la entrevista a los profesionistas, las preguntas al grupo de enfoque se realizaron a modo de conversación siguiendo el

orden del guion. Tales sesiones también fueron grabadas con el fin de registrar los diálogos y facilitar la transcripción de las entrevistas, en vista de que, al ser adolescentes, y en un grupo de enfoque, hubo breves momentos en los que hablaban simultáneamente. También se recurrió a papel y lápiz para tomar nota de las actitudes y comportamientos durante la interacción entre ellos y las expresiones corporales que se suscitaban como respuesta ante las preguntas realizadas.

La primera sesión del grupo focal se efectuó en el área de atención médica de la Secundaria Técnica Núm. 71. Después de acomodarse en círculo, los y las adolescentes se presentaron y mencionaron tres cosas que les gustaran. Posteriormente, se expuso el objetivo de la entrevista, se les reiteró la confidencialidad y el uso de la grabadora. A continuación, se les pidió un nombre que les gustara mucho para utilizarlo como pseudónimo en la transcripción y así asegurarles el anonimato. Después se inició con la aplicación de la primera parte del guion de entrevista, en la cual la actitud como entrevistadores siempre fue de empatía y apertura para asegurar que se obtuvieran los datos necesarios e intervenir con algún comentario o pregunta adicional que permitiera que el grupo ampliara la información en caso de que se requiriera. La participación de las y los entrevistados fue variada y libre, ya que en ciertas preguntas había respuestas sólo por parte de algunos/as adolescentes y en otras preguntas respondían otros/as, situación que sucedía cuando dos o más participantes tenían pensamientos similares. Es importante destacar que hubo preguntas en las que, si bien algunos adolescentes respondían de forma voluntaria, en otras se recurrió a alentar las respuestas ya que se consideró importante tener la opinión de todo el grupo. Como investigadores, dimos pauta a que la comunidad adolescente expresara sus inquietudes, pensamientos y sentimientos durante el desarrollo de la investigación, con el fin de ser flexibles y que se expresaran libremente sin que se sintieran presionados/as o inducidos/as a expresar determinadas respuestas.

La segunda sesión fue iniciada con la misma dinámica a la anterior, además de que hubo una breve discusión de opiniones y sentimientos de la primera parte de la entrevista, lo cual, por medio de la observación, permitió verificar que los y las

adolescentes se encontraban cómodos y con gran ímpetu de seguir participando en la investigación; posteriormente, se continuó con la aplicación de las preguntas faltantes del guion de entrevista.

Para el manejo del grupo, en cada sesión se estableció en conjunto un reglamento, el cual mencionaba lo importante que era el respeto durante la participación de los y las integrantes. Así, sólo podían hablar si les era otorgada la palabra, lo cual evitó que interrumpieran a los demás considerando que todas y cada una de sus aportaciones eran importantes. Además, se les comentó que se podían expresar y preguntar cualquier duda e inquietud que tuvieran respecto al guion para así asegurarnos de que las preguntas eran entendidas. Básicamente, la dinámica consistió en lanzar la pregunta y elegir a cualquier participante para fomentar la participación de todo el grupo y no sólo de unas cuantas personas, posterior a esto se le iba preguntando a cada uno. Cabe señalar que, debido al exceso de preguntas y el poco tiempo otorgado por la institución, nos vimos en problemas al saturar a los chicos y chicas con las preguntas, lo cual fue notorio en el cansancio de los participantes. Sin embargo, se agotó el guion de entrevista, lo cual permitió recabar la información requerida para la investigación.

Al finalizar con la aplicación de las técnicas de recolección de datos, se procedió a realizar la “Transcripción de entrevistas con profesionistas de salud” (ver Anexo Núm. 6) y la “Transcripción del grupo focal con adolescentes” (ver Anexo Núm. 7) de manera manual, respetando el orden de las preguntas y los rubros para después agrupar y organizar la información.

En el siguiente capítulo se presentan los resultados de la interpretación de las entrevistas y del grupo focal.

CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Para la elaboración del análisis de resultados se realizó la lectura de las transcripciones de las entrevistas con los dos grupos estudiados en varias ocasiones, ello con el fin de identificar la información más relevante, clasificarla, categorizarla y discutirla con base en el mismo orden en que se evaluaron los tres rubros (y sus respectivos subrubros) de los dos guiones de entrevista aplicados.

En ambos casos, se utilizaron cuadros de análisis preliminares que permitieron identificar los elementos centrales de las respuestas de los dos tipos de informantes y obtener categorías de análisis con base en los objetivos de la investigación, y categorías emergentes inicialmente no contempladas. Todos los resultados se discutirán a partir de las problemáticas planteadas en el marco teórico, y de investigaciones teóricas y empíricas relacionadas con los datos obtenidos.

En primer lugar, se analizarán los resultados obtenidos en las entrevistas con los y las profesionistas en salud responsables del programa “Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018”; posteriormente, se analizarán los referentes a los y las adolescentes participantes en dicho programa; y al final, se realizarán algunos señalamientos sobre el contraste entre las perspectivas de ambos grupos.

V.1 La perspectiva de los y las profesionistas en salud responsables del Programa “Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018”

V.1.1 Adolescentes

A) Características sociodemográficas de la población adolescente

Es trascendental conocer las características sociodemográficas de la población adolescente para entender así su comportamiento y pensamiento, recalcando la importancia que ejerce el nivel adquisitivo en el que viven las familias y la manera en la que afecta a los y las adolescentes.

En este sentido, el promotor de la salud, haciendo alusión a la alcaldía Gustavo A. Madero, comentó: “Efectivamente, van variando del tipo de la zona donde te vas a encontrar, así como vas a encontrar chicos que van a acudir a escuelas privadas, como también familias que ganan un sueldo básico, que apenas puede llegar a que sus niños vayan a escuelas públicas”. También señaló que cuenta mucho el nivel socioeconómico y el ingreso que obtienen por familia; debido a que se marca mucho en las zonas donde viven. Hizo una comparación entre algunas colonias diciendo: “Las partes más hacia el centro de la delegación como son: Lindavista, Malinche, Joya, son de un estatus, digamos, `medio-alto´. Y zonas como: Cuauhtepac, Pradera, 25 de Julio, Cuchilla del Tesoro, se podría decir que son colonias de un nivel socioeconómico más bajo”.

En relación a la población adolescente que se atiende por parte de los programas de salud sexual y reproductiva, la médica dijo que las principales características del núcleo familiar de dicha población son: padres divorciados, violencia intrafamiliar, nivel económico medio y bajo, falta de atención familiar debido a que los padres salen a laborar jornadas largas ocasionando el descuido en los y las adolescentes, insuficiencia en el nivel de educación y cultural, y carencia de actividades deportivas y recreativas.

Por su parte, el enfermero mencionó la falta de higiene personal debido a la carencia de recursos, como el agua, en algunas colonias marginadas, además del fácil contacto con sustancias ilícitas por el medio en el que viven.

Un dato significativo mencionado por el médico es que, desde su perspectiva, hay estudios que indican lo siguiente: “Entre el nivel socioeconómico es más bajo, el inicio de la vida sexual activa es más temprana”, también influyen factores tales como: la educación deficiente, la influencia negativa del medio en que se desenvuelven y aspectos psicológicos desencadenados por el nivel de marginación en el que viven; lo antes mencionado, incita a los y las adolescentes a querer salir de ese medio.

Este punto es importante debido a que las condiciones socioeconómicas de las personas influyen en su desarrollo personal y sexual; un adolescente que cuenta

con un nivel socioeconómico favorable y estudios podría saber dónde conseguir métodos anticonceptivos y cómo usarlos, mientras que un joven de nivel bajo podría tener menos oportunidad por causas culturales y económicas (Welti, 2005).

Además de que las familias con una interacción disfuncional, que carecen de comunicación y cercanía entre los miembros, provocan que los y las adolescentes sean más vulnerables a llevar a cabo conductas de riesgo. En este sentido, lo manifestado por nuestros entrevistados concuerda con lo expresado por Pérez, Apupalo y Creagh (2018), quienes, en una investigación para evaluar la influencia del funcionamiento familiar en la conducta sexual de riesgo en adolescentes de la comunidad de Yanayacu (Cuba), encontraron las mismas prácticas sexuales de riesgo como: el inicio temprano de la vida sexual, varias parejas sexuales, escaso uso de preservativo, y el consumo de alcohol y otras drogas; y hacen una crítica a que en dichas prácticas de riesgo no se considera el contexto (psicológico y social) en el que se desarrolla el adolescente, como la familia y la escuela.

Asimismo, en el trabajo de Reyes y Cabello (2011), en el que se investigó sobre la sexualidad y reproducción adolescente en una comunidad de Monterrey, se les dio voz a los chicos con la finalidad de comprender los significados que dan a dichos temas a partir de su subjetividad, contexto socioeconómico, la familia, la escuela y el contexto cultural en que viven y se desarrollan. Se encontró que en las familias de los y las participantes siempre existió: “una figura con problemas de alcoholismo, drogadicción y/o pandillerismo, lo que provocaba fuertes tensiones, desestabilidad y finalmente la fractura de la estructura familiar”, ocasionando que en los discursos de los jóvenes sus aspiraciones personales carecieran de metas a futuro y que su proyecto de vida solamente contemplara encontrar a una pareja y formar su propia familia.

De este modo, los y las profesionistas entrevistados, además de los autores, coinciden al mencionar factores que se relacionan entre sí como: la pobreza, la marginación, la desintegración familiar, las carencias en los niveles educativo y recreativo; como los que ocasionan que la población adolescente sea más susceptible a afecciones, principalmente de índole sexual y reproductiva.

Lo antes mencionado se puede contrastar con lo dicho por Villar (2011), quien refiere a la salud como una relación de los individuos y sus contextos, tomando en cuenta componentes biológicos, medioambientales, estilos de vida y hábitos. Referente a ello, cabe resaltar que las características sociodemográficas y las condiciones en las que se encuentra la población adolescente de estudio son los principales factores que intervienen en su estado de salud, quedando claro que los cuidados que se necesitan para gozar de un correcto estado de salud no son llevados a cabo.

B) Problemáticas adolescentes sobre salud sexual y reproductiva

Los profesionistas concuerdan en que la fragilidad del núcleo familiar incita a que la población adolescente esté en constante búsqueda de atención, ocasionando que tengan contacto con cualquier persona que les brinde tiempo y afecto.

Según el promotor de la salud y el médico, la disfunción en la familia propicia la violencia intrafamiliar e incluso la pérdida de valores, originando que el o la adolescente vea como un “igual” a los padres de familia, haciendo de lado el respeto; además de que, en algunos casos, los padres dan a los hijos “todo lo que necesitan”, lo cual da pie a que gocen de más “libertad”, facilitando el inicio de una vida sexual en edades tempranas con múltiples parejas y, con ello, desencadenando muy probablemente embarazos a corta edad y/o de alto riesgo, mortalidad materna, infecciones de transmisión sexual y, en el peor de los casos, el riesgo de ser víctimas de violación o coerción.

Lo antes mencionado coincide con lo señalado por Pérez, Apupalo y Creagh (2018), quienes informan que en su investigación más de la mitad de los adolescentes que iniciaron su vida sexual con prácticas de riesgo pertenecen a familias donde se percibe poca comunicación, confianza y afecto. En este contexto, los padres o tutores pierden la autoridad y habilidades para el cuidado y desarrollo de sus hijos, quienes manifiestan sobreprotección y control excesivo que intervienen en su toma de decisiones.

Por otro lado, el promotor de la salud opinó que la presión social que se vive actualmente induce a los y las adolescentes a tener pensamientos tales como: “Si no has tenido una relación sexual, eres una persona tonta”, “No sabes vivir la vida, no sabes gozarla”, lo que ocasiona que no sean aceptados en determinados círculos sociales, exponiéndolos también a ser víctimas de *bullying*. En contraparte, agregó que la población adolescente también se ve reprimida por ideologías conservadoras que generan cuestionamientos como los siguientes: “¿Por qué vas a experimentar tu vida sexual?, ¿por qué te estás tocando?, ¿por qué te estás masturbando?”, postura que señala a los jóvenes como personas enfermas, y les provoca secuelas que pueden terminar en comportamientos violentos o depresivos y, en el peor de los casos, el suicidio.

Esta discusión radica, según Domínguez (2011), en problemas en torno a la sexualidad de los adolescentes, en este plano de la vida no se acepta que empiecen a ser sexualmente activos y, menos aún, que tengan el derecho de serlo; una solución efectiva sería alentar a los jóvenes a expresar su sexualidad sin riesgos de embarazos no deseados, ITS, VIH/sida y abortos.

En relación con este tema, el enfermero consideró que el inicio de la vida sexual se da: “En las niñas, por el enamoramiento, ya que lo perciben como algo muy ideal o muy utópico, y en los varones es por satisfacción inmediata a sus impulsos”.

Al respecto, Reyes y Cabello (2011) mencionan que la etapa del noviazgo en los y las adolescentes marca un inicio en las relaciones de pareja, ya que encuentran lo que no obtienen en su casa como lo es abrirse y comentar miedos y emociones, además de ser un espacio donde se viven sus primeros sentimientos de amor y acercamientos sexuales dada la curiosidad por conocer algo que siempre se les ocultó.

A su vez, la médica comentó que los pensamientos de los y las jóvenes al tener relaciones sexuales por primera vez a edad temprana son: “‘Tengo que hacerlo’, ‘Lo tengo que hacer ¿no?’”, “‘Tarde o temprano lo tengo que hacer’”; lo que da como consecuencia que tales prácticas se realicen sin ser razonadas, sin

disfrutarlas y sin estar informados/as. Según esta profesionista, se llevan a cabo por quererse incluir en un grupo, en el caso de los adolescentes, por sentirse “hombres”, “los más machos”, por tener muchas parejas sexuales. Por el lado contrario, a las adolescentes se les cataloga como unas “cualquieras” por iniciar su vida sexual a temprana edad, y aun así ellas buscan tener más parejas sexuales.

Con relación a Reyes y Cabello (2011), encontraron que hay dos tipos de clasificación para las adolescentes en su investigación, la primera es la que su debut sexual no tiene mayor interés, ya que, este se ve relacionado a la reproducción (ser esposa) y renunciar al placer; mientras que la otra es aquella mujer que desea experimentar el goce de su cuerpo y no renuncia a sus necesidades sexuales, por lo tanto, no es considerada como sujeto de matrimonio y es llamada “puta”.

Este dato concuerda con lo señalado por Welti (2005) respecto a las dos principales causas del inicio de la vida sexual en la adolescencia, la primera es la presión social y/o el chantaje de la pareja como parte de los mecanismos para acceder a relaciones sexuales supuestamente consentidas; y la segunda es la obligación del adolescente en determinados contextos a vivir esta experiencia para no sentirse o ser catalogado como anormal. De esta forma, los hombres buscan iniciarse para sentirse parte del grupo y no ser considerados como “raros”, y en las mujeres el amor es la justificación para haber tenido relaciones sexuales con el novio, la llamada “prueba de amor”.

Esto coincide con los resultados de Núñez y Ayala (2012), quienes en su investigación tuvieron como objetivo conocer las concepciones en torno al embarazo adolescente en una comunidad al norte de México, así como la discriminación que ésta ejerce contra las adolescentes embarazadas, encontrando diversas causas de esta problemática. La primera hace referencia a la falta de conocimiento de métodos anticonceptivos y su uso; la segunda es la falta de confianza para disipar las dudas del adolescente sobre los mismos métodos; la tercera se relaciona con el temor a que se enteren que tienen relaciones sexuales; la cuarta que a su pareja masculina no le guste el uso de protección; y, por último, que al enamorarse pierden el interés de cuidarse de algún embarazo.

Por lo demás, el médico destacó: “Hay una especie de dicho que dice: ‘El adolescente se considera invulnerable, indestructible, inmortal y estéril’, es un pensamiento donde toman actitudes de riesgo, desde deportes extremos o actividades prácticamente suicidas” como el abuso de sustancias (tabaco, alcohol y psicotrópicos), infecciones de transmisión sexual y embarazos a temprana edad, lo que lleva al uso excesivo de la ILE y las pastillas de emergencia que, a largo plazo, ocasionan daño al organismo de la mujer. La médica agregó que lo antes mencionado es más evidente en: “Las fiestas llamadas ‘orgifiestas’, donde tienen relaciones con uno, otro, otro y otro, con el que caiga; sin importar el lugar, por mencionar algunos: bosques, calles, deportivos, escuelas, o en un ‘rinconcito escondido’”.

Por esta razón, Reyes y Cabello (2011) mencionan que la ideología de cómo debe ser un “hombre” resulta un obstáculo para que los varones asuman una cultura de autocuidado, ya que por las creencias que se tienen se inculca y se aplaude que tomen riesgos, sean impulsivos y poco razonables.

Lo previo reafirma las conductas de riesgo de los y las adolescentes, las cuales los hacen más vulnerables a ser víctimas de adicciones, a contraer infecciones de transmisión sexual, y a un embarazo no planeado (Pérez, Apupalo y Creagh, 2018). Esto se ejemplifica en lo expresado por la médica en el siguiente testimonio:

El embarazo más chiquito que he visto ha sido el de una niña de 11 años, donde tú dices: “¿No se dio cuenta qué estaba embarazada?”; ella seguía teniendo vida sexual activa y ella sólo decía que: “Se sentía rara”, cuando la mamá notó que [a] la niña le empezó a crecer el vientre, ella le preguntó ¿qué le pasaba?, ¿qué sentía?, y ella [la niña] le dijo: “Es que siento que traigo algo aquí”, y ya, jamás se percató de que era una vida; la llevaron a hacerse un ultrasonido y se dieron cuenta de que tenía un embarazo de seis meses. Siguió su vida normal y no se preocupó de: si tenía un bebé completo, si tenía un bebé saludable, si comía de una manera adecuada para los dos, no se preocupó por tomar ácido fólico.

Dicho testimonio, es un claro ejemplo de que situaciones similares se dan por ideologías tales como la oposición por algunos padres de familia para tratar temas

de sexualidad con el adolescente, ya que consideran que hablar de estos temas fomenta las relaciones sexuales en este grupo etario, cuando en realidad podría evitar muchas situaciones como la mencionada por la médica.

En otros aspectos, es importante tomar en cuenta que en esta población aumenta la necesidad de independencia y separación durante la búsqueda de su identidad, lo que disminuye la posibilidad de control y cuidado por parte de los padres (Domínguez, 2011).

Así, además de las conductas de riesgo, la búsqueda de independencia y la ausencia de la familia ocasionan que haya un descontrol en la vida del adolescente al no ser responsable de sus decisiones.

Una complicación social que el enfermero y el promotor de la salud mencionaron es que, después de que los adolescentes tienen un bebé, los padres (abuelos) le quitan la responsabilidad al adolescente al hacerse cargo de los hijos (nietos), ocasionando que siga el comportamiento de irresponsabilidad en la toma de decisiones y se repita, en muchos de los casos, el ciclo de tener otro embarazo no deseado.

Esto reafirma que en cuanto la familia del o la adolescente se entera del embarazo, proporciona ya sea su apoyo moral o económico, en busca de que los jóvenes logren asegurar su proyecto de vida (Reyes y Cabello, 2011)

En síntesis, las condiciones económicas y sociales del ámbito familiar en ocasiones provocan el descuido de la población adolescente, y la poca o nula comunicación desencadena que dicha población busque atención, comprensión y afecto en personas ajenas a su núcleo familiar, que a veces son las que inducen al adolescente a realizar actos nocivos para la salud.

Sin embargo, el hecho de que la comunidad adolescente naturaliza las relaciones sexuales a temprana edad y el comportamiento de realizar actos extremos sin temor a las consecuencias, provoca que tengan sexo en condiciones y lugares poco apropiados. A su vez, los y las adolescentes que no han tenido experiencias sexuales se convierten en víctimas del *bullying*, lo cual les orilla al inicio

de una vida sexual activa en forma apresurada conduciendo comúnmente a alguna ITS, embarazos de alto riesgo y muerte materna.

A causa de lo antes dicho, la comunidad adolescente recurre a la práctica excesiva de la ILE y las pastillas de emergencia, que dañan el organismo de las adolescentes, sin olvidar la complicación en el entorno familiar donde se podría repetir el ciclo de un nuevo embarazo o alguna otra complicación.

El inicio de la vida sexual ocurre principalmente en espacios escolares, los cuales tienen muchas veces como consecuencia embarazos, que suelen terminar en aborto cuando las chicas tienen menos de 19 años. Esta situación tiene relevancia en temas de salud pública ya que representa riesgos en la salud de la madre y el producto, y en la nueva tarea de crianza de la madre y la búsqueda de una vida digna para ella y el niño o la niña, lo cual puede limitar su desarrollo personal (Santos *et al.*, 2003).

V.1.2 Perspectiva de promoción de la salud

Para atender mejor las problemáticas ya mencionadas, es importante entender las concepciones de prevención, promoción y educación para la salud de los y las profesionistas para la ejecución del programa.

C) Prevención

La prevención, según la médica y el enfermero, es la medida utilizada para evitar un daño y, con base en información, generar conciencia para la toma de decisiones.

Sobre esta misma línea, Vignolo *et al.*, (2011) y Alvarenga (2018) mencionan que, además de ayudar a la toma de decisiones, la prevención es un conjunto de acciones que ponen énfasis en la reducción de los factores y población de riesgo, para así detener su avance, mitigar y controlar las enfermedades para generar estrategias organizadas como en los programas.

Según la médica y el médico, el papel que juega la prevención en los programas para adolescentes es evitar embarazos no deseados y/o a temprana edad, así como también alguna ITS. Sin embargo, la médica hace un contraste entre

lo preventivo y lo curativo, debido a que el nivel preventivo, según ella: "Tendría que brindar información a la edad y manera adecuada, de tal forma que los y las adolescentes lo puedan llevar a cabo". También aludió a que, hoy por hoy, el sector salud se ha colocado en un nivel curativo ya que la información llega tarde a la población adolescente y, en vez de prevenir problemáticas, sólo se recurre a los profesionistas para la solución de éstas.

Por tanto, es una concepción que muestra la valoración de los factores de riesgo como posibles agentes capaces de impactar negativamente sobre la salud integral de las personas. Al respecto, Alvarenga (2018:3) explica la prevención como un conjunto de "Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y a atenuar sus consecuencias una vez establecida".

D) Promoción de la salud

En cuanto a la noción de promoción de la salud, el promotor de la salud mencionó: "Entre prevención y promoción hay una línea muy delgada, por eso se confunde mucho; solamente que la promoción se enfoca más en la participación de la comunidad, que los mismos colonos o vecinos busquen el mejoramiento de su salud por medio de la vivienda, la seguridad, la educación y el trabajo". En tal sentido, también comentó que la promoción de la salud no sólo se debe enfocar a la enfermedad, sino en la adquisición de información, el empoderamiento y la comunicación por medio de estrategias. Por esta razón, mencionó: "Se debe orientar a la población para que puedan adoptar responsabilidades, involucrándolos a realizar acciones y, de esa manera, busquen el mejoramiento de su salud".

Según el enfermero: "Prevención brinda información aislada y promoción es una acción continua".

Por ello, a diferencia de la prevención, la promoción de la salud no ve la salud necesariamente relacionada con la enfermedad, puesto que la promoción de la salud busca el aumento de la salud por medio de la participación comunitaria. La promoción de la salud se desarrolla desde una perspectiva global y no sólo de una

enfermedad particular, constituyéndose como una opción para aumentar la salud y el bienestar general de las personas (Czeresnia, 2008).

Por lo tanto, se confirma que la promoción de la salud busca condiciones para generar el bienestar de la población, ya que entre las herramientas necesarias para realizar la promoción se encuentran: el proporcionar información que ofrezca elementos para concientizar a las personas en relación con factores que influyen en su estado de salud.

Una de esas herramientas es la comunicación en salud, con la cual los profesionistas en salud pueden transmitir mensajes basados en investigaciones para promover la salud de los individuos y su comunidad. Además, ayudar a que las personas adopten estilos de vida saludables y modifiquen los comportamientos de riesgo es más humano y económico que acrecentar los servicios de salud (hacer más hospitales) para proporcionar tratamiento y rehabilitación (Díaz *et al.*, 2012).

A diferencia del promotor, la médica mencionó que la promoción de la salud son acciones encaminadas a preservar y conservar la salud, fomentando herramientas necesarias para la prevención y atención de la salud. Y agregó: "Es básicamente lo mismo, prevención y promoción son términos que van de la mano, yo prevengo y promuevo el hecho de la salud".

Sin embargo, la promoción de la salud sí es una estrategia para alcanzar la salud, pero, a diferencia de la prevención, aquella tiene un carácter más social e intenta impulsar el desarrollo de acciones en los ámbitos social, económico, político y psicosocial; lo que significa que no sólo trata de erradicar una enfermedad y ya. Por lo tanto, la promoción de la salud está íntimamente relacionada con acrecentar la salud y, según Díaz *et al.*, (2012), cualquier mejora en salud ha de basarse necesariamente en "tener: educación, paz, alimentación, vivienda, renta, justicia social, ecosistema estable y equidad" que básicamente es el discurso de la promoción de la salud mas no el de la prevención, por lo tanto, no son básicamente lo mismo (*Ídem*),

Por su parte, el médico y la médica concordaron en que las aportaciones de la promoción de la salud a los programas para adolescentes son generar una cultura

de autocuidado de la salud para reducir enfermedades e ITS, y embarazos no deseados.

Entre las implementaciones necesarias para realizar la promoción se encuentran: el proporcionar información a los adolescentes que ofrezca elementos para concientizarlos sobre los factores que influyen en su estado de salud. A pesar de la importancia de la promoción de la salud en los programas de salud, muchos profesionistas y ejecutores aún muestran desconocimiento sobre la misma, lo que ocasiona problemas tanto en el enfoque teórico como en las metodologías y los instrumentos inherentes a esta disciplina (Díaz *et al.*, 2012). Es preocupante que los ejecutores aun presenten desconocimiento, ya que el discurso de la mayoría de los programas pone énfasis en la importancia de la promoción de la salud como herramienta para erradicar y disminuir daños a la salud de los adolescentes.

E) Educación para la salud

Así como la prevención, la educación para la salud también es vista como otra herramienta de la promoción de la salud. Según el promotor de la salud, ello se debe a que, por medio de la educación, se proporciona la información necesaria para que la población pueda actuar ante diversas situaciones en pro de su salud.

El médico, en cambio, comentó que mediante la educación para la salud se les brinda información a las personas, pero es importante constatar que haya un verdadero aprendizaje en vista de que, según él: "El proceso educativo es una retroalimentación de ida y vuelta", haciendo alusión a que, por medio de la educación, se debe ejercer la influencia en las personas, pero también es importante que las personas a las cuales se les proporcionó información, muestren que verdaderamente adoptaron tal aprendizaje y lo adquirieron como una herramienta para su autocuidado.

El enfermero y el promotor de la salud mencionaron que, dentro de los programas para adolescentes, la educación para la salud se ejerce por medio de foros, jornadas, módulos de orientación sexual, ponencias, pláticas y actividades.

Ello alude a la educación para la salud como herramienta de aprendizaje estipulado en los programas, sin embargo, no está como tal marcado que constaten que realmente el conocimiento haya sido entendido; por lo cual, los profesionistas como el promotor, la médica y el enfermero procuran que, ya sea para la entrega de métodos anticonceptivos o cierre de algunas jornadas de salud, los y las adolescentes impartan pláticas a sus compañeros y compañeras para poder evaluar si hubo o no aprendizaje, como se apreciará más adelante en los testimonios.

La educación para la salud tiene como finalidad desarrollar las capacidades en torno a la salud y autocuidado por medio de métodos educativos en los cuales se provea información que propicie en las personas el conocimiento sobre cómo alcanzar la salud (OMS, 2017). Participa a favor de las prácticas y saberes de la población, logrando estilos de vida saludables. Por lo que es un instrumento fundamental para la promoción de la salud, ya que, las personas se capacitan con conocimientos para mantener y mejorar su salud (Díaz *et al.*, 2012).

Por lo tanto, se puede concluir que los profesionistas entienden que la prevención, la promoción y la educación para la salud tienen una estrecha relación, resaltando que son parte importante en el impacto una de la otra; por ende, la educación para la salud es una herramienta de la promoción que, en conjunto, logran la apropiación de los conocimientos que las comunidades necesitan y que pueden transmitir y replicar, haciendo de esta manera una cadena de bienestar que propicia el disfrute y goce de la salud, mejorando su calidad de vida. Por lo anterior, los individuos y comunidades obtienen conocimientos y adoptan hábitos para evitar situaciones que ocasionen daños a la salud.

En torno a la confusión que existe respecto a prevención y promoción de la salud entre algunos de los profesionistas entrevistados, es importante recalcar que prevención está más encaminada a evitar alguna enfermedad, mientras que la promoción pretende acrecentar la salud por medio de la capacitación y empoderamiento de la población.

Además, este tipo de problemas ameritan una investigación quizá más a profundidad, para entender si las perspectivas en salud son vistas de diferente

manera por los y las profesionistas dependiendo de su formación académica o si la capacitación de la Secretaría de Salud sobre estos temas deja huecos que permitan esta confusión entre ese personal.

V.1.3 Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes

Además de conocer las concepciones que tienen los profesionistas acerca de la salud, también es importante entender los aspectos más sobresalientes del programa, tomando en cuenta su origen y ejecución.

F) Origen del programa

Las razones por las cuales surge el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, según el promotor de la salud, la médica y el enfermero, son por el aumento de embarazos en adolescentes y también porque dicha población es la que menos asiste a consultas médicas, y por medio de actividades del programa hay un acercamiento con dicha población.

Al respecto, Reyes y Cabello (2011) encontraron que los adolescentes que participaron en su investigación no hicieron uso de algún servicio médico más que sólo después de enterarse de su embarazo para llevar ahí sus respectivas revisiones mensuales, lo que evidencia la escasa participación de esta población en las instituciones de salud y la poca efectividad de los programas destinados a este grupo etario.

Por otra parte, el médico añadió que la OMS extendió la instrucción a nivel federal para que se le diera prioridad a la atención de la salud sexual de los y las adolescentes, para que puedan tener una consulta sin necesidad de ir acompañados por un adulto, ya que dicho programa pretende ser inclusivo, es decir: "Que ninguna persona sea excluida por etnia, razón social, preferencia sexual, etcétera".

Asimismo, el promotor de la salud detalló: "Con este programa se pretendió brindar una atención específica a adolescentes en cuestiones de nutrición, de psicología, de salud y de reproducción", ya que fue una instrucción que se dio a

nivel federal, tomando en cuenta lo estipulado en el Plan Nacional de Desarrollo, además de que la salud es un derecho humano.

La salud sexual y reproductiva es un derecho de todas las personas, sin embargo, se considera a la población adolescente como población de riesgo y con mayor posibilidad de aplicar a lo largo de su vida lo aprendido. Por lo tanto, para que estos derechos sean protegidos, respetados y ejecutados de una manera efectiva, el gobierno, durante cada sexenio, debe elaborar un Plan Nacional de Desarrollo, del cual se derivan los llamados Programas de Acción Específica (PAE) (Secretaría de Salud, 2017).

En cuanto a los objetivos del programa, el promotor de la salud, la médica y el enfermero mencionaron que se pretende: disminuir embarazos, ITS, mortalidad materna e infantil, y violencia en el noviazgo; así como informar y capacitar a la población adolescente para fomentar el cuidado de la salud y difundir entre pares las herramientas para que mejoren su estilo de vida y tomen decisiones de manera más consciente en su actividad sexual.

Sobre lo antes mencionado, los entrevistados coincidieron en que el programa está enfocado a toda la población adolescente y que es una forma en la cual se intenta brindar la información que ayude a impulsar hábitos en beneficio de una vida saludable, en pro de la disminución de embarazos e ITS, y algunas otras problemáticas de los adolescentes.

La adolescencia es en un periodo de trascendencia de la niñez a la adultez, además de que es el grupo etario que menos acercamiento tiene a las instancias de salud; esto representa una gran brecha para que reciban los conocimientos requeridos para que tengan prácticas sexuales adecuadas y de ese modo mejorar sus condiciones de salud evitando repercusiones negativas a futuro.

G) Perspectiva del programa

Es primordial hacer notar que la perspectiva del programa es inclusiva, en torno a ello, el médico y el enfermero coincidieron en la importancia de abarcar a todos los y las adolescentes sin importar etnia, estrato social, preferencia sexual; para

brindarles la atención que requieren con equidad, igualdad y sin discriminación. En el mismo sentido, la médica agregó la importancia de valorar las dificultades con las que cuentan las colonias y atender a los adolescentes según sus necesidades.

Con respecto a la visión inclusiva del mismo, el promotor de la salud y el enfermero mencionaron que en la ejecución del programa la promoción de la salud se aplica a todos los y las adolescentes por medio de actividades como: foros, ferias, jornadas de salud, por mencionar algunas, y técnicas de dinámicas de grupo con materiales didácticos que les llamen la atención; también se acercan módulos de salud a las escuelas, lo cual es un gran acierto ya que incita a que la población tenga mayor acceso a la información.

La médica añadió que se trata de: “Promover el cuidado de la salud integral”, lo cual es de suma importancia, ya que la salud del adolescente se constituye no sólo por la ausencia de la enfermedad. Esto se relaciona con lo afirmado por Lalonde (1996), quien hace énfasis en que la salud es el resultado de las interacciones del individuo con el medio ambiente, estilos de vida y servicios de salud, entre otros factores.

Aunque la perspectiva del programa es inclusiva, los que organizan su aplicación, como el promotor de la salud y el médico, coincidieron en que la postura del programa es conservadora debido al enfoque de las directrices que se delimitan a atender las dificultades de la población heterosexual, y que el fin específico es evitar embarazos y sus complicaciones. En un sentido opuesto a lo antes dicho, los que llevan a cabo el programa, como la médica y el enfermero, opinaron que la perspectiva del programa es liberal, ya que habla de equidad, género, respeto a la diversidad sexual y las diferentes formas de relacionarse en pareja (mujer-mujer, hombre-mujer, hombre-hombre).

También mencionaron que el programa debe ser incluyente, sin ninguna restricción, además de la importancia de que los y las adolescentes aprendan a decidir sobre su cuerpo. Sin embargo, cabe señalar que, aunque el programa tiene directrices muy delimitadas, las personas que lo llevan a cabo algunas veces se toman la libertad de aplicarlo en la forma que creen más conveniente.

Las percepciones opuestas de los profesionistas acerca del programa surgen debido a que el promotor de la salud y el médico desempeñan su labor desde un sentido logístico y operativo dentro de la jurisdicción, y los vínculos con las distintas instituciones educativas siguiendo las líneas marcadas en el programa que se enfocan a métodos para disminuir embarazos y prevenir ITS.

Con respecto a la médica y el enfermero, construyen su percepción en otro sentido debido a que son profesionistas cuyas actividades están dirigidas a la comunidad adolescente, lo cual hace que de forma directa los y las adolescentes externen sus inquietudes en un sentido diverso, no solamente enfocándose en prevención de embarazos ni ITS, sino también abarcando la diversidad sexual, entre otros temas relacionados con la sexualidad. El enfermero resaltó la inquietud de los y las adolescentes en las pláticas de sexo, destacando que sí están interesados en conocer del tema, pero les da vergüenza acercarse a sus papás, externó: “A mí sí me han preguntado diversos temas de sexualidad y, obviamente, sí les respondo acorde a su edad y acorde a información científica”. Posteriormente compartió:

“A mí se me han acercado y dicen: ‘Me puede dar un condón’, y yo le digo: ‘Sí te lo doy, pero dime el manejo adecuado, la fecha de caducidad, etcétera’; ya me explican todo el método y se los proporciono. Para eso se pide un permiso a los papás al inicio del ciclo escolar referente a: vacunas, pláticas de salud sexual y reproductiva, y dotación de condones; porque luego pueden pensar que uno los incita a tener vida sexual, pero pues no, más que nada ellos, si se acercan conmigo, es por la confianza y por el acceso fácil a un condón; de hecho, los que aquí tenemos se brindan a los chicos que lo solicitan”.

En relación con los objetivos del programa, no son expresados de una forma en que se pueda notar que tienen una perspectiva liberal o conservadora que responda a las necesidades de toda la población adolescente, sino que esencialmente se basan en que tengan acceso a educación y orientación para disminuir embarazos no planeados e ITS desde una perspectiva de prevención.

También hay que tener en cuenta que los y las adolescentes de alguna manera saben que tienen derechos, puesto que, según el enfermero, ellos dicen:

“Tengo derecho a la educación, a la salud y les digo: `Claro que tienes tu derecho a la salud`, pero saben que de algún modo son intocables y que no pasa de un reporte: `No pasa de que le llamen a mi mamá, no me pueden expulsar porque tengo derecho a la educación`. Entonces, se aprovechan de sus derechos para no tener responsabilidades”.

Dicho testimonio hace alusión a que algunos adolescentes usan sus derechos a su conveniencia manifestando rebeldía; sin embargo, no los utilizan para solicitar que se les disipen las diferentes dudas que puedan llegar a tener o para que puedan recibir la atención requerida sin ser juzgados.

Con relación a lo anterior, se pretende obtener acceso a servicios de salud exclusivos para un comportamiento sexual protegido, sin considerar que están en una etapa donde buscan su identidad sexual y que quizá tienen muchas más inquietudes que sólo saber cómo protegerse de un embarazo.

H) Ejecución del programa

Es importante tener en cuenta algunas de las actividades que derivan de los programas como: Servicios amigables, GAPS y Jornadas de Salud, es por ello que los profesionistas de la salud compartieron lo que realizaron y ejecutaron desde su cargo. Si bien la organización de los programas es vital para impactar en la comunidad adolescente, no se puede dejar de lado la participación de los profesionistas al impartir las actividades frente a dicho grupo etario.

A continuación, se describen esos programas.

H.1) Servicios amigables

El promotor de la salud expresó que dentro de sus actividades principales estuvo la coordinación con las escuelas, así como la realización de jornadas de salud; recabar y concentrar la información de los programas para, de esta forma, dar el seguimiento requerido a las jornadas, ferias y foros de salud. Agregó que hay un equipo de Servicios Amigables, el cual atiende exclusivamente a adolescentes, dicho equipo está conformado por: médicos, trabajadores sociales, personal de enfermería, psicología y nutrición, los cuales tienen un consultorio dentro de algunos centros de

salud a los que los y las adolescentes pueden acercarse a solicitar información o una consulta sin necesidad de ir acompañados por un adulto, es decir, que pueden acercarse sin sentirse intimidados por alguien de su familia.

Según la Secretaría de Salud (2014), el principal propósito de los Servicios Amigables es brindar consejería y orientación en términos de planificación familiar, prevención de ITS y embarazos no planeados, buscando con esto deslindar al predominio masculino las relaciones sexuales y la reproducción, para así eliminar los límites impuestos a la sexualidad femenina, garantizando la privacidad y la confidencialidad a los usuarios.

Los Servicios Amigables se deben ofrecer con respeto y atención sin importar edad, escolaridad, orientación sexual, nivel social, etnia o cultura. Sin embargo, es importante señalar que se ha encontrado que la población adolescente no suele acudir a los servicios de salud sexual, ya que estos tienen un enfoque conservador y esto es evidente cuando se mencionan los propósitos de este servicio (lo cual será explicado más adelante).

En cuanto al médico, enfatizó que: “El adolescente debe acudir con el médico y lo tiene que atender sin juzgar ni regañar”; puesto que, según él, falta sensibilizar al personal de la salud para que atiendan a la comunidad adolescente con empatía y comprensión, puesto que son un grupo vulnerable, el cual, por su transición a la vida adulta y la relación con el medio en el que se desenvuelven, necesita del acercamiento adecuado con los profesionistas para generar un vínculo de confianza y mayor acercamiento a los servicios de salud.

A su vez, la médica y el enfermero destacaron que debe de haber retroalimentación de la información que se les proporciona, como también hacer uso de modelos anatómicos y técnicas de dinámicas de grupo. Es decir, que se tenga secuencia en el acercamiento con la comunidad adolescente, para que la información que se les proporciona no sólo sea una aportación por parte de los profesionistas, sino que también por medio de diferentes actividades didácticas se refuerce la información brindada para que la lleven a cabo en su vida y, asimismo, puedan compartirla entre pares y darle difusión a este servicio ya que si los chicos

no acuden a la escuela es muy difícil que tengan conocimiento de los servicios que están hechos para ellos en determinados centros de salud.

Retomando la importancia de la respuesta del programa a las necesidades de los y las adolescentes, cabe señalar que el promotor de la salud mencionó que a las chicas embarazadas se les brinda atención y seguimiento en materia de: orientación y consejería respecto a los cambios en su cuerpo, y al desarrollo y crecimiento de su bebé, además de atención psicológica si así lo requiere.

No obstante, el médico y la médica hicieron notar que no se sabe si la consulta de Servicios Amigables fue efectiva ya que los y las adolescentes no acuden a un seguimiento; además de que en lo que respecta al programa en general, en muchos casos, no hacen uso de la información que se les brinda debido a que no hay un seguimiento que haga efectivo el aprendizaje, además de que los profesionistas lo notan, ya que hay casos en los cuales persisten las problemáticas de embarazos no deseados.

Con relación a lo anterior, la médica expresó:

“En cuanto a las actividades sería no sólo hablarles de qué trata, sino de “Yo te lo explico, pero ¿tú lo entendiste?”, lo más importante es la retroalimentación. El hecho de decirle al adolescente: “Yo te puedo hablar y hablar de algo que yo ya me sé, hasta sistemático porque lo leí y lo leí, pero no sirve si no tengo una retroalimentación tuya”. Yo te enseño cómo se pone el condón, pero si tú no me enseñas cómo se pone, pues no vas a entender”. Entonces, las actividades son: la difusión, prevención, promoción y retroalimentación”.

Todo lo antes mencionado hace notar que los programas sólo pretenden brindar información con actividades y que ésta llegue a todos y todas quienes lo necesitan, pero no está estipulado como tal darle un seguimiento, sino que sólo se espera que con eso se reduzcan las problemáticas.

H.2) GAPS

Otro programa es el de Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS) donde, según la Secretaría de Salud (2011), se pretende formar colectivos de jóvenes de entre 10 a 19 años para que, a partir de reunirse de manera periódica

en las escuelas, reciban conocimientos relacionados con el desarrollo físico, emocional y social para lograr una imagen positiva de sí mismos y se involucren en forma activa y dinámica para contribuir a la creación de una cultura de autocuidado, estilos de vida saludables y prevención de daños a la salud. Estos talleres son impartidos por profesionistas de la salud, los cuales siguen un manual ya estipulado a nivel nacional que contiene un cronograma de actividades y temas considerados de mayor importancia para la población adolescente.

El principal objetivo es capacitar en temas de salud integral a los y las adolescentes para que identifiquen problemáticas con la intención de ayudar a su comunidad. Al respecto, de acuerdo con el promotor de la salud: “Se pretende que ellos sean `nuestros ojos´ dentro de las escuelas y que puedan orientar, identificar y también canalizar hacia la unidad de salud”; las problemáticas a atender son: violencia; salud sexual y reproductiva; adicciones; y depresión. A partir del testimonio anterior, se deja ver la importancia que tiene la ejecución de actividades derivadas del programa, las cuales sí son de ayuda dentro de la comunidad escolar ya que son estrategias que ocasionan una atención más efectiva a los y las jóvenes.

Por otra parte, lo antes mencionado no es tarea fácil, puesto que, para llevar a cabo el manual del programa de GAPS, se debe trabajar con la comunidad adolescente, por lo que el promotor de la salud expresó: “Es un grupo de promotores adolescentes, por lo tanto, debemos de trabajar en primarias, secundarias y media superior y ¿quién nos debería facilitar la entrada a estas instituciones?: la SEP [Secretaría de Educación Pública], pero la SEP, lamentablemente, a veces es muy cuadrada en sus temas y no permite introducir a otras instituciones a dar consejería”. Si bien lo antes expresado dificulta el acercamiento de los profesionistas de la salud con algunas instituciones a consecuencia de que no todas abren las puertas para que se lleven a cabo los talleres, no es impedimento para que en algunas escuelas se puedan llevar a cabo los GAPS.

Desde el punto de vista de la médica, los y las adolescentes deben aprender el cuidado de su salud y fomentarlo para llevar un estilo de vida saludable; que de compañero a compañero se transmitan esos conocimientos. Afirmó: “Es más fácil

que un adolescente le pregunte a otro adolescente cómo ponerse un condón, a que le pregunte a la mamá o al maestro”. Esto con relación a que para formar los GAPS al menos en esta ocasión, los grupos fueron conformados por alumnos con un promedio alto, y en su mayoría jefes y subjefes de grupo, pretendiendo que estos fueran los mensajeros de la información a sus demás compañeros de grupo.

En contraparte, como ya se mencionó con anterioridad, la médica y el enfermero señalaron que ellos no solamente ejecutaron el temario del programa, sino que agregaron otros temas sobre los cuales los y las adolescentes mostraban inquietud e interés, ya que así era más probable que les hicieran caso, en lugar de sólo llegar e imponer los temas que consideraban les fueran a servir y los que deben de saber. Al respecto, la médica dijo que: “Tiene buenos temas [el manual], no te enfocas sólo en él, hablas de tu experiencia y sobre tu conocimiento”, lo anterior, para generar en este grupo etario un ambiente de confianza.

De manera más complementaria, la médica y el enfermero -que fueron los que en su mayoría aplicaron el programa y los que tenían más convivencia con los y las adolescentes- externaron que hacen uso de presentaciones y materiales didácticos como: el condón masculino, el condón femenino, el dispositivo intrauterino, la píldora del día siguiente y la inyección hormonal; además de rotafolios, técnicas de dinámicas de grupo del manual y dinámicas propias, para que el aprendizaje no se quede sólo en la teoría, sino que también sea didáctico y ellos puedan tocar el material para conocerlo.

Algo de importancia que resaltó la médica fue: “Interactuar con ellos sin tratarlos como niños chiquitos, es ir buscando lo que a ellos les interesa más”, por ende, para que participaran en el proceso de aprendizaje se les permitía externar dudas y mencionar los temas que querían que se incluyeran en el curso. El argumento anterior difiere de lo mencionado por los demás profesionistas a nivel de logística y organización ya que, según ellos, las directrices estipuladas por el sistema son muy “cuadradas” y ellos deben acatarlas y, por lo tanto, a nivel de ejecución, no estaría permitido cambiar los temas a menos que esté determinado en el manual.

Tomando en cuenta que por parte de la SEP se implementaron clubes de diversas temáticas adolescentes dentro de las escuelas, el promotor mencionó lo siguiente: “Si la Secretaría de Salud trabajara en conjunto y coordinación con la SEP, y si hacen este tipo de clubes, deberían de colocar personal que esté capacitado o que cumpla con el perfil para dar este tipo de temas. Ahí es donde nosotros prácticamente estamos haciendo los GAPS, capacitando al estudiante, capacitando a los adolescentes, para que ellos sean promotores”.

El promotor de la salud externó que, con la modificación de la reforma educativa, se quitaron las horas de los talleres escolares habituales y las convirtieron en clubes, en los cuales tratan diversos temas incluyendo el de salud, por lo que mencionó: “Y a nosotros `nos dan las gracias´; eso es un obstáculo en la formación de GAPS dentro de las escuelas”.

Lo último es evidente con un comentario del médico, quien señaló, que deben llevar a cabo determinadas actividades estipuladas desde nivel federal que, aunque en su opinión dichas directrices pueden mejorar, no deben cambiarlas: “Si nivel superior dice `tienes que hacer esto´, tenemos que acatar la indicación; aunque nosotros demos que no son viables, la indicación está y la tenemos que seguir”.

H.3) Jornadas de Salud

Según la Secretaría de Salud (2020), las Jornadas de Salud forman parte de una estrategia que, en conjunto con los habituales servicios de salud, se dirigen a instituciones educativas, dado que son el sitio donde se concentra la mayor población de jóvenes, para brindar atención e información acerca del uso y la aplicación de métodos anticonceptivos, planificación familiar, prevención de ITS, violencia en el noviazgo y trastornos alimenticios, entre otros temas.

Respecto a las Jornadas de Salud el promotor compartió: “Dentro de mis actividades se hace la coordinación, para llevar jornadas de salud y que nos acepten los temas; porque también debemos ver la forma adecuada para que el equipo de docentes y directivos acepten que se les den pláticas de sexualidad [a los alumnos],

porque aún son muy cuestionadas”. Esto se relaciona con la dificultad que provoca la postura conservadora a la cual sigue apegada el sistema educativo.

La finalidad de las Jornadas de Salud es que los alumnos que tomaron el curso sean los encargados de dirigir y dar la información a los demás asistentes por medio de exposiciones y técnicas de dinámicas de grupo acerca de los aprendizajes obtenidos durante las sesiones, haciendo el ejercicio de comunicación entre pares durante las jornadas, aunque cabe señalar que dicha acción de proporcionar información de compañero a compañero se aplica en el día a día y no sólo en las jornadas.

En realidad, estas jornadas se suelen ocupar por estos profesionistas en salud después de la ejecución del programa GAPS como una forma de clausura ya que no viene como tal estipulado en el manual y son una manera de agradecer a las instituciones que hayan permitido trabajar en ellas.

Lo antes mencionado dio pauta para que cada profesionista de la salud hiciera una autocrítica sobre su desempeño en la ejecución del programa. En este sentido, expresaron que hicieron un buen trabajo, pero dejaron notar que el programa no tiene el impacto esperado. Al respecto, el promotor de la salud compartió: “Es una gran responsabilidad trabajar con los adolescentes, el cómo llevarles la información, buscar las palabras indicadas para que puedan responder. A mí me agradó, traté de llevar a cabo las actividades del programa lo mejor posible para el beneficio de la población y cubriendo los intereses de la institución educativa”.

En cuanto a su desempeño personal, la médica dijo: “En ocasiones no puedo meterme al cien en el programa; pero al final, cuando ves cierta confianza en ellos, cuando ves que la gente te busca y dice: ‘Yo me acuerdo de usted doctora’, ahí es cuando dices: ‘Algo bueno he de haber hecho’ y es cuando viene lo gratificante”.

Finalmente, el enfermero opinó: “Sí me gustó mi desempeño, me gustaría tener más material didáctico porque yo he visto algunos modelos [anatómicos], pero no tengo acceso a ellos. Pero a mi capacidad trato de darles lo mejor”.

I) Evaluación del programa

Respecto a cómo se evalúan los resultados del programa, el promotor de la salud mencionó lo siguiente: “Es importante el número de consultas, así como también el número de anticonceptivos y condones otorgados, ya sea por primera vez y también subsecuentes”. Es decir, abarca únicamente aspectos estadísticos basados en las metas señaladas por niveles directivos, cuya intención es que se reflejen los resultados por medio de gráficas que demuestren una disminución de embarazos por la entrega y aplicación de métodos de planificación familiar.

En el mismo contexto, la médica comentó que a nivel GAPS se evalúa por medio de números: “Es un control que se lleva de los grupos desde el inicio hasta el término, el número de sesiones y las horas impartidas”, además del número de chicos y chicas que inician en el curso y los que lo terminan, sin importar en realidad que se hayan disipado sus dudas y que la información otorgada la lleven a cabo. Por lo anterior, y con la finalidad de mejorar las sesiones futuras, las experiencias y observaciones de los profesionistas durante la aplicación de las actividades del programa podrían ser una herramienta para determinar si hubo o no cambios cualitativos en las actitudes y comportamientos de dicha población más que evaluarlo con números solamente.

El promotor de la salud y la médica coincidieron en que lo que se necesita es que los y las adolescentes ejerzan una vida sexual responsable por medio de los aprendizajes adquiridos en el programa que está dirigido a ellos. Con base en ello, el promotor de la salud señaló que los conocimientos que se les proporcionan no los llevan a la práctica, destacando lo siguiente: “No se logra, ya que no se han reducido los números de embarazos”. Dicho argumento lo basó en los resultados de los centros de salud, los cuales demostraron que, a pesar de la aplicación de métodos de planificación familiar y la entrega de preservativos, no hay decremento en estos problemas de salud pública, lo cual se refleja en los informes, ya que no se genera el impacto de las directrices principales que son el evitar las ITS y los embarazos no deseados. Aquí el error es pensar que si a cierto número de personas se les proporciona información (que se considera primordial para todos los y las

jóvenes), ello propiciará un cambio cuantitativo por sí sólo sin darles voz para saber cuáles son en realidad sus inquietudes y problemáticas.

Por su parte, la médica, que anteriormente comentó que sería adecuado brindar un seguimiento después del término del programa y que no quedara sólo en una evaluación numérica, enunció: “Sí, claro, sí ayudan los números, pero sería padre regresar y decir: ¿Qué, de lo aprendido, es lo que tú estás aplicando?”, o “¿Qué de lo aprendido es lo que estás compartiendo con tus compañeros”, o “¿Qué te quedó?”, o “¿Qué fortaleciste?”...Te quedas con la esperanza de que algo de lo que tú les enseñaste lo lleven a la práctica”.

De esta manera, como investigadores pudimos constatar la fuerte inquietud que tienen los profesionistas de la salud en torno al impacto que debe generar la impartición del programa en la población adolescente; dicha preocupación se da porque los profesionistas notan que las estadísticas no indican una reducción en los números de embarazos en adolescentes y de personas con alguna ITS.

Sin embargo, según la médica, sí hay cambios evidentes al estar en contacto con la población adolescente, a diferencia de los profesionistas de la salud que están a nivel logístico, quienes dicen que no hay mejora ya que es indiscutible en los números puesto que el programa apuesta más a una cultura de prevención, donde se considera que cualquier embarazo o ITS se puede evitar con métodos anticonceptivos y de barrera, sin tomar en cuenta que durante la aplicación del programa también se ven muchos otros temas que tampoco son considerados para evaluar o de suma importancia para los adolescentes (este es otro problema que se discutirá más adelante). Por consiguiente, el médico mencionó: “El programa no es malo, es muy ambicioso; el problema es que viene mal proyectado”; dicho argumento hace referencia a que sólo se capacita a un grupo de trabajadores para ejecutar el programa y debería de abarcar a todos los profesionistas en salud, puesto que todos deben de prestar servicios de salud de manera respetuosa y confidencial.

En torno a la evaluación de los programas, el comentario del médico se dirige al impacto de los mismos y su viabilidad: “Todos los programas se tienen que

evaluar por impacto, si yo veo que no está reduciendo el problema por el cual surgió, entonces es un programa que no sirve y se tiene que contemplar una meta” o en su defecto modificar a través de continuas evaluaciones para ver en qué están fallando y qué puntos se pueden mejorar.

Los profesionistas de la salud, al interactuar con la población con la que aplican las actividades del programa, van conociendo cómo se desenvuelven y parte de sus necesidades; por consiguiente, son los que pueden brindar una opinión importante acerca de las fortalezas y las debilidades del programa. Por esta razón, es importante destacar el comentario del promotor respecto a los padres de familia en virtud de que considera que no les interesa este tipo de formación para sus hijos y que debería ser tarea de todos, por lo que no tienen un gran impacto.

Por consiguiente, es crucial un ejercicio adecuado de las actividades impartidas por parte de los profesionistas de la salud ya que éste interviene en los resultados ante la comunidad adolescente.

En consecuencia, se preguntó a los entrevistados acerca de cómo consideraron su desempeño durante la ejecución del programa, a lo que el promotor de la salud respondió: “Lo único que yo te puedo decir es que traté de acercar los servicios de salud lo más que pude y darlos a conocer; esa fue mi función, que la información sea más específica y asertiva [respecto a temas de salud sexual y adolescente, así como también sobre adolescencia] para que los chicos la pudieran absorber”.

En cuanto a la médica, expresó: “Considero que mi desempeño no fue tan malo, pero en ocasiones me gustaría que fuera mejor”; esto debido a que hay múltiples actividades que requieren mucho de su tiempo laboral porque es gestora de calidad y coordinadora de atención médica, entre otras actividades. Sin embargo, concluyó diciendo: “Sí me tomé el tiempo en preparar mis temas y poderlos impartir”, ya que otra situación que aqueja a la doctora es que, según lo estipulado en el programa, las sesiones deben ser impartidas por diferentes profesionistas de la salud que tengan especialidad en el tema que se dará, cuestión que no se cumplió ya que la doctora dio en su mayoría todas las sesiones, esto es evidente en el

siguiente testimonio: “Me apoyaron muy poco, me aventé todo, desde el inicio hasta la clausura, y mi participación es dar todos los temas y saber de todos los temas”. Esto demuestra que, debido a la falta de personal, no todos los profesionistas conseguían ir a impartir sus respectivas pláticas, dejando ver que se debería tener una mejor organización, aunque es preciso mencionar que la dinámica entre los adolescentes y la persona que imparte la sesión tendría mayor efecto si la persona que inicia el curso fuera la misma que lo terminara para crear un ambiente de confianza.

J) Opinión sobre el programa

Es de suma importancia conocer las opiniones de las personas que organizan y ejecutan el programa. En tal sentido, el médico y el promotor de la salud opinaron que el programa no responde a las necesidades del grupo etario como se debería, razón por la que debería tener una difusión adecuada para llegar a la mayor cantidad de adolescentes posible. En este sentido, de acuerdo con el promotor de la salud, el programa se difunde y se aplica por medio de actividades como la Semana Nacional de Salud del Adolescente y jornadas de salud masivas junto con la alcaldía y las escuelas como colegios de bachilleres y secundarias; la intención es abrir las puertas en otras instituciones para que se creen los grupos de GAPS y que se trabaje con ellos año tras año.

Con base en sus experiencias al llevar a cabo las respectivas actividades con la comunidad adolescente, los profesionistas de la salud identificaron las situaciones que podrían cambiar para que el programa tenga más impacto en la población tratada. Para que lo anterior suceda de la forma esperada, se debe trabajar en equipo y con las herramientas necesarias, por lo cual el promotor de la salud expresó: “Somos un equipo multidisciplinario, necesitamos de todos; yo, como responsable de promoción de la salud, necesito de las demás áreas para que me apoyen a abordar los temas enfocados a: sexualidad, salud mental, salud bucal, etcétera”. También agregó: “Debe de haber mayor coordinación con [las] instituciones, en este caso la Secretaría de Salud y la Secretaría Educación Pública;

porque a veces los programas están divididos y deberían de trabajar en conjunto; ya que cuando se trabajan de manera dividida no se obtienen las metas esperadas y no tienen un gran impacto”.

En palabras del médico, con base en las actividades del programa para proteger la salud y la seguridad de la persona, sus principales herramientas son: “Comentar que existe el servicio en los centros de salud y que pueden acudir con toda confianza a realizarse cualquier procedimiento que sea necesario, dado el caso de que sea algo muy íntimo que los adolescentes necesiten”.

En lo que a la médica respecta, expresó que no le gustaron todas las actividades del programa: “No me gusta que sea tan ‘cuadrado’”; ella optó por trabajar con actividades propias, por lo cual argumentó: “Todo va surgiendo de acuerdo al desarrollo del tema y al tipo de población”. A su vez, esto generó el gusto del enfermero por la forma de trabajar de la médica, expresando un total agrado por las actividades y enfatizando en que la población adolescente mostraba un notorio interés e ímpetu al participar en las sesiones del programa.

K) Sugerencias

En torno a las sugerencias para mejorar el programa, los profesionistas fueron muy concretos puesto que, si bien anteriormente mencionaron que el programa es muy adecuado, sí requiere de algunos ajustes para que el impacto sea mucho más notorio en la población adolescente. Al respecto, la médica mencionó: “Sí, me dejó satisfecha. Sé que se puede hacer más; me gustaría que no ocurriera que se pierda el hilo y me gustaría que los que inician no se salgan; ese sería mi objetivo”. Ello en referencia a que varios alumnos tienen la necesidad de dejar el programa, ya sea por falta de tiempo o porque coincide en horario con otras actividades escolares, además de que quizá no se le da la importancia necesaria por parte de maestros y padres de familia.

En otro enfoque sobre las actividades ejecutadas durante la aplicación del programa, el promotor de la salud mencionó que es agradable el aprendizaje mutuo entre profesionistas y adolescentes, ya que al inicio los y las adolescentes tienen

una mentalidad y al pasar el tiempo su perspectiva va cambiando con base en los aprendizajes. Al respecto, el promotor de la salud externó: “La sugerencia iría para no darle toda la información que tú crees que el adolescente necesita, sino darle el espacio para ir descubriendo juntos qué es lo que les funciona mejor”, dicho testimonio va encaminado a que no todo lo que viene en el programa es del interés de los y las jóvenes, y que se podrían aprovechar las sesiones para abarcar temas de interés que podrían ser de mayor utilidad en dicho grupo etario.

Desde otra perspectiva, el médico externó que las actividades son bastante adecuadas, pero no el enfoque que tienen, ya que para que tengan impacto deben ser frecuentes y en un mismo ambiente; esto fue mencionado en alusión a la rotación del personal de salud al estar al frente de los grupos de adolescentes y la poca frecuencia en la realización de algunas actividades. Además, señaló que se deberían quitar los consultorios exclusivos que se encuentran en los centros de salud destinados únicamente para brindar atención a los y las adolescentes que acuden a ellos, y los cuales son atendidos solamente por un equipo de profesionistas, cuando cualquier profesionista debería estar disponible para atender las necesidades de todos los pacientes que acuden a dichos espacios.

Otra opinión muy importante fue la del enfermero, ya que es el profesionista que a diario interactúa con los y las adolescentes de la secundaria y el cual tocó aspectos importantes que percibe desde su área de trabajo; con respecto a las sugerencias hacia el programa, comentó:

Pues que haya equidad, igualdad, que vaya dirigido a toda la población sin ningún tipo de discriminación. Yo he detectado dos chicos homosexuales, entonces, también deben ser incluidos porque, a final de cuentas, también son comunidad [estudiantil] y necesitan la información. También tenemos chicos con capacidades diferentes (uno en silla de ruedas) o sea, también incluir la salud sexual en este tipo de chicos. Tenemos también una niña a la cual, según su mamá, le daba miedo el proceso de su período, ya que escondía sus toallas sanitarias; entonces, esos son los casos de niños con capacidades diferentes, a lo mejor la mamá no tiene los métodos de cómo informarle: “Mira, este es tu cuerpo, es parte de tu funcionamiento, no te espantes”.

Así como el programa tiene aspectos de suma importancia y de gran beneficio para la comunidad adolescente, hay otros que no fueron del total agrado para algunos profesionistas de la salud: el promotor de la salud, el médico, y la médica. Por lo que al promotor de la salud respecta, comentó: “El programa debe ser más enfocado hacia ellos, más comprometido; no solamente formar el grupo, sino darle un seguimiento adecuado para que sea más productivo”. En este sentido, la médica propuso dar seguimiento al programa y no dejarlo en meras estadísticas, por lo que comentó: “Ya terminó el grupo, iniciaron treinta, terminaron quince y me dieron sus informes”.

La médica también considera importante preguntar la opinión de los y las adolescentes: “¿Te sirvió?, ¿lo aplicaste o ya vienes con tu panza de seis meses de embarazo?”. Además, opina que: “Muchas veces se llega a romper la secuencia de los temas, por alguna situación ajena a nosotros; mi idea es que sea continuo y que terminen la mayoría de los y las estudiantes que inician” sugiriendo que se les dé un seguimiento y motivación apropiados para obtener mejores resultados.

Al respecto, el promotor de la salud y el médico hicieron notar que no todo es embarazo, ni ITS; el promotor de la salud resaltó que también hay que dar importancia a la opinión del adolescente y a lo que quiere saber y escuchar, priorizando sus intereses; además, mencionó que el producto final: “No sólo que se quede en papeles, datos o metas; debe ser más accesible, que no tengamos ese lazo roto [entre instituciones] ya que la falta de coordinación es la parte que más afecta”.

Recalaron que, si hubiera mayor coordinación de instituto a instituto, se vería reflejada la concientización de estos temas; además de ello, el promotor de la salud agregó: “También es importante el interés de los padres de familia, porque si no les interesa este tipo de capacitaciones para sus hijos, no puede tener un gran impacto. Aparte, tampoco se ve reflejado en las consultas, y si no se ve reflejado en consultas no tiene impacto, y si no tiene impacto no debe ser financiado; se tienen que elaborar programas que realmente tengan más impacto”.

Lo anterior se relaciona con una de las labores del promotor de la salud, que consta de crear lazos entre instituciones, es decir, como responsable del área de promoción de la salud dentro de la Jurisdicción Sanitaria, debe crear vínculos con instituciones educativas para acercar las actividades del programa; lo cual, no es tarea fácil por la poca importancia que le dan la institución educativa o los padres de familia.

Con relación a lo antes mencionado, el médico agregó: “Se tiene que trabajar primero a nivel superior y que haya coordinación con las dos principales secretarías, la de Educación Pública y la de Salud. Porque mientras no trabajemos en conjunto, va a ser muy difícil impactar en los adolescentes, pero esto sólo es como una sugerencia”.

Este testimonio se reafirma en el siguiente comentario realizado por el médico: “Que haya una materia obligatoria de salud sexual” en la educación básica; también agregó: “Capacitar a todo el personal y sensibilizarlo para que sean empáticos y que no juzguen”. Señaló que tal capacitación es importante tanto en personal educativo y de salud como en cualquiera que tenga relación con los y las adolescentes debido a que, lamentablemente, la información no llega a tiempo al adolescente y el enfoque del programa no es el mejor, aludiendo a que si tuviera otras estrategias causaría una mejoría más notoria en la salud de la población adolescente.

La médica, en un sentido muy específico, comentó: “Modificaría que fuera cien por ciento estricta esa parte de que se le dé al adolescente lo que necesita, más de lo que nosotros queramos darle”, ello derivado de su experiencia en GAPS y en notar que los y las adolescentes no mostraban la misma atención en las diversas temáticas. Por ello, sugirió que se deben agregar temas de interés para el y la adolescente, así como poner mayor énfasis en lo que a sexualidad respecta.

En lo que al enfermero concierne, mencionó la necesidad de incluir a adolescentes con capacidades diferentes en los programas de educación sexual, expresando: “Que haya programas acordes a todas las situaciones, porque la población en general sí tiene acceso a la información, pero sí hay que adecuar estos

programas para que los chicos con capacidades diferentes, de acuerdo a su comprensión y a su nivel, puedan entenderlo”.

Al terminar de aplicar el guion de entrevista con los profesionistas y preguntar si deseaban agregar algo más, el promotor de la salud compartió: “Yo me quedo con las acciones que he estado realizando; lo que necesitaría sería pulirlas y buscar nuevas estrategias en cuestiones de educación dentro de mi área”. Por su parte, la médica respondió: “Agradecerles por tomar en cuenta a su servidora para proporcionar información, del poquito conocimiento y experiencia que tenemos de ello. Y qué bueno que se interesaron en estos temas”.

V.2 La perspectiva de los y las adolescentes del grupo focal

A continuación, se presentan y analizan los datos más significativos de la entrevista al grupo focal de adolescentes, exponiendo las respuestas en que, en algunos casos, todos o casi todos las y los entrevistados coincidían debido a que las vivencias de los jefes de grupo con sus respectivos compañeros de clases eran similares. Este acercamiento permitió identificar: experiencias tanto de los propios entrevistados como también de otros compañeros de su generación por medio de los testimonios de los primeros; y opiniones, pensamientos, creencias y aprendizajes que, desde la subjetividad adolescente, influyen en el actuar ante situaciones que repercuten en el ejercicio de su vida sexual.

De esta forma, el análisis permitió evidenciar, de manera general, situaciones que se viven en la adolescencia y donde intervienen actores como: las y los compañeros escolares, la familia y docentes que imparten clase en la institución educativa donde realizaron su formación académica, como también los y las profesionistas de la salud con quienes interactuaron durante la impartición del Programa Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS).

V.2.1 Adolescentes

En este apartado se analizarán los resultados sobre la concepción de la adolescencia, los cambios físicos, psicosociales y cognitivos desde la perspectiva de los y las adolescentes.

A) Concepción de la adolescencia

La mayoría de los y las informantes concibe la adolescencia como una etapa o fase de la vida entre los 12 y 15 años, en la cual se enfrentan a cambios físicos y emocionales; además de que van adquiriendo aprendizajes por medio de sus experiencias. Únicamente Marco expresó que no sabía que en dicha etapa había cambios. Por su parte, Valentina dijo que imaginaba la adolescencia como una etapa tranquila sin tantos cambios de humor; en contraparte, todos los demás integrantes mencionaron drásticos y notorios cambios de humor en sí mismos y en sus compañeros.

Zayón mencionó que la adolescencia es una etapa y no tenía en mente los cambios. Por otro lado, el resto comentó que la adolescencia es donde comienzan a tener identidad sexual, a lo que Alexis agregó: “La adolescencia es una etapa de la vida en donde sufres varios cambios, tanto físicos como emocionales en tu propia persona”. Las concepciones anteriores son afines lo expresado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), que define a la adolescencia como la etapa en la que se presentan cambios fisiológicos, estructurales, psicológicos, y de adaptación cultural y/o social.

Con relación a lo expresado por el grupo focal, es evidente que no cuentan con la información necesaria acerca de los cambios que sufren durante la transición de la adolescencia, que no tienen la claridad de lo que implica la etapa en cuestiones emocionales, físicas, psicológicas, entre otras. Esto se determinó debido a que los y las adolescentes expresaron que por la información con la que contaban sólo sabían que era una etapa de la vida, sin contar con los detalles de la misma.

B) Cambios físicos

De acuerdo con Papalia, Wendkos y Duskin (2010), el inicio de la adolescencia es señalado por las transformaciones biológicas que incluyen el crecimiento de la estatura y el peso, y el cambio de las proporciones y la forma corporal, lo cual prepara al cuerpo para la adquisición de la madurez sexual. Todas estas

transformaciones son parte del largo proceso de maduración del cuerpo y se extienden hasta la adultez.

Al respecto, todos los y las informantes coincidieron en que los cambios físicos son indiscutibles, entre los más mencionados por el grupo entrevistado fueron: la menstruación; la aparición del vello facial, axilar y púbico; el crecimiento de los senos; y el ensanchamiento de la cadera en las mujeres y la espalda en los hombres. También mencionaron el cambio de la voz en los adolescentes varones que, aunque no es visible, sí es algo que se destaca en esta etapa.

Cabe mencionar que los cinco participantes -entre comportamientos de seguridad, autoestima elevada y algo de risas- externaron de forma enfática que les gustaron mucho los cambios en su cuerpo ya que los ven como favorables porque les dio un mejor aspecto, el cual les hace sentir diferentes, con más seguridad en sí mismos. En este sentido, Marco señaló: “Los cambios son favorables, porque se podría decir que tu cuerpo cambia de forma, pero como que te ves raro”, y agregó: “Me gustan los cambios, menos el vello púbico”. Sin embargo, Zayón comentó: “Yo antes no tenía granos en la cara, era gordito, chaparro...”.

En conclusión, si bien la falta de información por parte de la familia, las instituciones y los profesionistas hacia los y las adolescentes es clara; también son evidentes los cambios físicos que van notando en su cuerpo, que, aunque los toman por sorpresa, de alguna manera les hace sentirse más atractivos, lo que ocasiona que tomen dicha transición física como algo favorable; sobre todo por inquietudes sexuales y de atracción física que se generan en esta etapa.

C) Cambios psicosociales

Desde el punto de vista de Papalia *et al.*, (2010), el desarrollo psicosocial es todo aquello que se relaciona con los cambios emocionales, de personalidad y las relaciones sociales; los cuales están asociados con el desarrollo físico y cognoscitivo, ya que la adolescencia se caracteriza por la búsqueda de la identidad abarcando el ámbito sexual, los cambios de las relaciones con los padres y amigos,

siendo estos últimos los que ejercen una influencia positiva o negativa en su comportamiento.

Por lo anteriormente expuesto, todos los y las integrantes del grupo focal no sólo coincidieron en que los cambios físicos son notorios, sino también que en la adolescencia se enfrentan a cambios psicológicos que pueden llegar incluso a provocar alguna desestabilización con las personas que les rodean. En el caso de Alexis, mencionó que lo más notorio en esta etapa es el noviazgo; Valeria dijo: “Empiezas a cambiar tu pensamiento de lo que te habían dicho antes como, por ejemplo, las ideas que te habían dado desde pequeño las empezas a cuestionar”.

Estos cambios en el desarrollo humano concuerdan con lo expresado por Krauskopof (1999, citado en Martínez, Méndez y Pérez, 2014), quien menciona que en esta etapa ocurre un enriquecimiento personal y social en un sentido progresivo por medio de la actualización de capacidades permitiendo una convivencia social positiva, tomando en cuenta necesidades personales y progreso colectivo por medio de la integración y transformaciones; lo cual tiene relación con el siguiente testimonio de Zayón: “Ya hemos madurado porque, por ejemplo, un día que no vinieron los de primer año y en el receso estaba todo calmado, todos estábamos platicando y así, y cuando llegan los de primero todos están corriendo, se ve mucho desorden”. Esto hace alusión a que los menores son percibidos todavía como niños y, en contraste, él y sus compañeros ya están transformándose y teniendo comportamientos más serios.

A diferencia del testimonio anterior, Marco, desde otro punto de vista, mencionó: “Quieres correr cuando ni siquiera sabes caminar”, refiriéndose a que la adolescencia, definitivamente, cambia su perspectiva y modifica ciertas prácticas, pero eso no significa que ya tengan acciones y pensamientos de adultos, aludiendo a que lleva un proceso.

En concreto, los y las adolescentes notaron cambios drásticos en su comportamiento, dándose cuenta de que durante la transición de la adolescencia hay una maduración en su comportamiento y cambio en los intereses, dejando de

lado los comportamientos infantiles para entrar a conductas más serias e inquietudes como el noviazgo.

D) Cambios cognitivos

Para Papalia *et al.*, (2010) la mayoría de la población adolescente no sólo experimenta una transición con cambios físicos muy notorios, señalan que, además, ocurre un desarrollo en la maduración cognitiva ya que no sólo piensan y hablan de manera distinta, sino que también aumenta la capacidad de razonamiento, la formulación y comprobación de hipótesis, el uso de razonamiento abstracto, la realización de juicios morales complejos, la elaboración de planes a futuro, entre otras habilidades cognitivas.

Así, los y las informantes dejaron notar que la toma de decisiones es algo fundamental para el adolescente y que en esta etapa cada persona quiere ejercerlas de forma autónoma. Al respecto, Zayón señaló: “No quiero que me manden mis papás, quiero tomar mis propias decisiones yo y no que ellos tomen las mías”. Es importante recalcar que tienen presente que en ocasiones sus decisiones no son las mejores y tienden a equivocarse, es por ello que Valentina y Zayón expresaron que durante esta etapa realizan acciones sin pensar en las posibles consecuencias y posteriormente sólo pueden justificarse diciendo que sus malas decisiones son parte de su aprendizaje.

Desde otro punto de vista, Zayón, Valentina, Marco y Valeria también mencionaron cambios de conducta como: el deseo de autosuficiencia, el autocuestionamiento sobre sus pensamientos, el comportamiento de rebeldía contra los padres y el deseo de decidir por sí mismos (para sentirse en libertad de vivir experiencias nuevas que pueden llegar a agradarles). Sobre esto, Marco mencionó: “En pocas palabras, lo que quieres es más libertad”.

Por último, la necesidad de los y las adolescentes de vivir la sensación de libertad, de tomar sus propias decisiones, de sentirse independientes y ajenos a lo estipulado por sus padres, son situaciones características en los y las informantes. También dejaron ver que, en efecto, hay cambios de maduración y de toma de

decisiones que, aunque muchas veces no son las mejores, los hace ir en búsqueda de más libertad para desarrollarse en otros escenarios.

V.2.2 Sexualidad

En este rubro, los y las informantes expresaron cómo es el comportamiento sexual del adolescente según su perspectiva basándose en las experiencias de sus pares; es decir, que los integrantes del grupo focal, al tener el cargo de jefes de grupo, se encuentran al tanto de las vivencias de las y los compañeros de su clase. Gracias a este papel, crearon un vínculo de confianza con sus compañeros, lo cual les facilitó abordar diversas temáticas de interés adolescente, incluyendo: infecciones de transmisión sexual, embarazo adolescente, métodos de protección y planificación familiar, entre otros comportamientos y sus consecuencias, las cuales se desglosan a continuación.

E) Comportamiento sexual

Papalia *et al.*, (2010) señalan que la población adolescente que corre con mayor riesgo es aquella que inicia de manera temprana la actividad sexual debido a que la información con la que cuenta es inadecuada e insuficiente, ocasionando la formación de múltiples parejas íntimas sin el uso de anticonceptivos. Entre otros factores de riesgo se encuentra el hecho de vivir en una comunidad con carencias socioeconómicas, así como el uso de sustancias ilícitas y la convivencia con pares problemáticos que, de alguna manera, ejercen presión para realizar actos sexuales de forma apresurada.

Este deseo de tener prácticas sexuales se evidenció en los resultados de esta investigación. Al respecto, Valeria y Valentina expresaron sentir preocupación debido al persistente comportamiento de algunas de sus compañeras de clase para tener relaciones sexuales. Valentina refirió: “Siento como que se quieren adelantar a experimentar, tengo una amiga que ya lo hizo en una fiesta”. Alexis, desde otro punto de vista, resaltó: “Todavía no están tan desarrollados o aptos al cien por ciento

o a lo mejor no tienen la información necesaria para poder practicar las relaciones sexuales ni tampoco la madurez”.

Valeria mencionó que algunas compañeras comenzaban a ejercer su sexualidad para ser el centro de atención dentro en su círculo social; de alguna manera, ello repercute en que otras compañeras quieran hacer lo mismo para ser tomadas en cuenta. Valeria agregó que una de sus compañeras tuvo su primera relación sexual cuando cursaba el primer año de secundaria, cuya pareja sexual fue significativamente mayor; la entrevistada no descartó la posible presión ejercida hacia su compañera por parte de su pareja sexual para realizar prácticas sexuales, diciendo: “Yo tengo una compañera que tiene mi edad, pero andaba con un niño mayor; entonces, pues como por la presión de él, de ya querer [tener relaciones]; porque cuando lo hizo apenas íbamos en primero, o sea que todavía no creo que ella hubiera querido por su propia cuenta, sino más bien por la presión de él”.

El párrafo anterior se puede contrastar con los factores de riesgo ya señalados por Papalia *et al.*, (2010) y, en el mismo contexto, con lo mencionado por Cortés *et al.*, (2000), quien señala la relevancia del entorno en el que se desenvuelve el adolescente, ya que, si no es el adecuado, puede que haya factores que induzcan y/o faciliten el inicio temprano de las prácticas sexuales en los y las jóvenes.

En cuanto a esta problemática, usualmente el género masculino siente la obligación de no desaprovechar las oportunidades sexuales que se le presenten, incluso aunque no estén preparados para prevenir embarazos o ITS. En otros casos, los varones inducen a otras adolescentes a tener prácticas íntimas para satisfacer su ego y deseos sexuales, ya que consideran que su hombría puede ser puesta en duda especialmente en presencia de otros hombres, lo que podría llegar a provocar la violencia sexual. Esto está sustentado por Reyes y Cabello (2011), quienes indican que los patrones de masculinidad respecto a la ideología de ser hombre orillan a los adolescentes a adoptar una actitud irresponsable en su vida sexual, esto es porque lo más importante para ellos es demostrar su masculinidad

sin tomar en cuenta los riesgos y únicamente basándose en los impulsos no razonados para demostrar su hombría.

Al respecto, Núñez y Ayala (2012) señalan dos posibles problemáticas en el inicio de la vida sexual, ya que socialmente los hombres reafirman su hombría con la actividad sexual durante la adolescencia y utilizan con gran frecuencia las nociones de modernidad con expresiones como: “Qué anticuada eres, todo el mundo lo hace”, “Las jóvenes de ahora no son iguales que antes”, entre otras. Pese a que la sociedad tradicional rechaza a las mujeres que mantienen relaciones sexuales antes del matrimonio, a los hombres incitar a las adolescentes a iniciar su vida sexual les suma puntos en cuanto a su hombría. Sin embargo, las mujeres son juzgadas al realizar las mismas prácticas dejándolas ver como mujeres permisivas, objetos sexuales que acceden a satisfacer las necesidades sexuales de los hombres.

Con relación a lo ya dicho, y al comportamiento de aceptación por el ejercicio sexual, Alexis dijo que: “Las relaciones sexuales en los jóvenes son iniciadas por querer pertenecer a un grupo social y no sentirse aislados”, lo cual alude a que un adolescente, al tener una vida sexual activa, llama la atención y, en automático, le abre las puertas a un círculo de amigos y lo hace socialmente más reconocido dentro de su grupo; además, mencionó, pero con menor énfasis: “Puede ser que también lo hagan por decisión propia de... si uno quiere hacerlo o no”.

En su testimonio, Alexis deja ver que en la adolescencia es muy importante la pertenencia a un grupo social y que los hombres reafirman su masculinidad relacionándose sexualmente, sintiendo orgullo al asumirse como seres que practican el coito con varias mujeres, a lo que Valentina externó:

“Siento que las mujeres somos más reservadas y no somos de andarlo contando; y los hombres son como más de contarlos y presumirlos. Bueno, tengo un compañero que una vez le dije: ‘Préstame tu calculadora’, porque estábamos haciendo algo de matemáticas; y me dijo: ‘Sí’, y, o sea, no sé si lo hizo a propósito, pero estaba en *Instagram* [viendo contenido sexual] y fue como de ‘Amigo, por favor quita eso’, y dijo: ‘¿Ay, ¿qué tiene?, es algo normal’. O sea, como que lo toman a la ligera; y tengo otras compañeras que son más reservadas. Las mujeres somos más

discretas, ¿cuándo has escuchado que una mujer se masturbó ayer?”.

De la misma manera, y con la finalidad de dar a conocer su opinión con base en su experiencia y la de sus compañeras cercanas, Valeria mencionó que las mujeres suelen ser más reservadas en lo que a su vida sexual se refiere, es decir, algunas chicas no platican lo que hacen o piensan con relación a su vida sexual; en cambio, a los hombres les gusta estar ventilando y presumiendo su intimidad sexual. Por otra parte, Valeria y Valentina coincidieron en que, en la actualidad, sin importar las diferencias de género, los y las adolescentes buscan experiencias en su vida sexual; en el caso de algunas mujeres, cuidando mantener su virginidad y evitando el embarazo.

Evidentemente, hay distinciones de deseos y acciones entre los y las adolescentes dependiendo de la forma en la cual aborden los temas de sexualidad debido a que hay una diferencia abismal en los testimonios, dejando ver que hay adolescentes ansiosos por ejercer vida sexual activa, como se mencionó anteriormente, y otros que analizan la situación buscando otras alternativas de placer y/o de prevención que se darán a conocer más adelante.

Aunado a ello, hay que resaltar la importancia de que la población adolescente reciba una efectiva educación sexual que le permita construir un criterio responsable y apropiado del inicio de su vida sexual, para que, de esta forma, tome en cuenta que hay un tiempo y manera adecuados para ejercerla.

Con relación a ello, Papalia *et al.*, (2010) destacan que, primordialmente, gran parte de la población adolescente obtiene información acerca de la sexualidad gracias a los medios de comunicación, los cuales relacionan la actividad sexual con la diversión sin mostrar los riesgos que conlleva el sexo sin protección.

Respecto a la opinión de los y las integrantes del grupo focal, y aludiendo a su situación personal, mencionaron que no tienen problemas referentes a su propio comportamiento sexual, debido a que han recibido pláticas y cuentan con información necesaria en torno a cómo llevar a cabo de forma correcta su sexualidad. Lo anterior se debe a que, según las y los entrevistados, en algún

momento y por alguna circunstancia, han hablado con algún familiar, o bien buscado en internet y libros temas relacionados con la sexualidad como: las consecuencias de no usar métodos anticonceptivos en el acto sexual; el cuidado que se debe tener al momento de tener relaciones sexuales para no contraer ITS; los cambios físicos y psicológicos que se sufren durante la adolescencia; entre otros.

En relación con esto, Papalia *et al.*, (2010) afirman que, principalmente, los y las adolescentes deben obtener información por parte de los padres de familia, hermanos mayores, educación sexual escolar, entre otros. De esta forma, la comunidad adolescente puede alcanzar actitudes favorables para ejercer prácticas sexuales de forma segura, así como también estar informadas acerca de los cambios corporales y la importancia de conocerlos.

Ahora bien, Valeria mencionó que en su núcleo familiar no es incómodo hablar de temas relacionados con la sexualidad, y compartió: “Cuando iba en la primaria, le preguntaba a mi mamá sobre temas de sexualidad o exposiciones y ella me iba dando información sobre lo que podía pasar, y así se fue dando el tema”. Por otro lado, Marco mencionó haber tocado el tema de sexualidad con su familia cuando ya iba en la secundaria, y expresó: “Un día, terminando de comer, me empezaron a platicar sobre métodos anticonceptivos, cómo me debo de portar ante una situación, y que ‘sin globito no hay fiesta’”. Dichos testimonios resaltan la importancia y el impacto que tiene en la población adolescente el hecho de que la familia dialogue abiertamente sobre temas de sexualidad.

De forma particular, y tomando en cuenta lo que se mencionó anteriormente acerca de cómo algunos adolescentes se informan sobre las temáticas sexuales, Valentina compartió cómo fue su experiencia con la menarquía y cómo fue que obtuvo información al respecto, por lo que dijo: “Me pasó cuando cursaba sexto año de primaria y no sabía nada de eso”, señaló que su mamá aprovechó la situación y le comenzó a hablar de generalidades acerca de los cambios en el cuerpo, lo cual fue por la manera tan inesperada en la que sucedió, a lo que agregó: “En secundaria me dieron una plática sobre anticonceptivos y, posteriormente, mi mamá empezó a darme más información”.

En cuanto a Zayón, externó que platicó con algunos familiares, especialmente con sus primos porque son mayores que él, y que le brindan la confianza y comodidad para tratar temas de sexualidad; también agregó que otra fuente de información a la que acude constantemente es el internet.

Los datos aportados por las personas entrevistadas se relacionan con los encontrados por Núñez y Ayala (2012), quienes en sus exploraciones determinaron que son la religión y la cultura tradicional las que controlan en su mayoría el ideal de la sexualidad en las y los jóvenes, y no dan cavidad a la diversidad cultural ocasionando la falta de control en las prácticas sexuales y acarreando problemáticas de dicha índole en la comunidad. También señalan que las instituciones son las que pueden brindar información conveniente de sexualidad al adolescente dentro las escuelas, pero dicha información difundida es limitada.

Por su parte, Chacón *et al.*, (2009), quienes enfocaron su investigación en cómo las infecciones de transmisión sexual constituyen un importante peligro para la salud humana, de la cual la población adolescente es la más vulnerable, consideraron necesario informar de forma adecuada a dicha comunidad para evitar conductas y factores de riesgo a las que se expone el adolescente, puesto que las consecuencias del ejercicio inadecuado de actos sexuales pueden impactar de forma negativa en su vida a corto y largo plazo.

En otro contexto, Papalia *et al.*, (2010) aluden a que lo más conveniente para los y las adolescentes sexualmente activos es el uso de condones porque son efectivos contra ITS y embarazos; lamentablemente, la preocupación adolescente es evitar el embarazo, por lo que ha incrementado el uso de métodos hormonales quedando desprotegida la transmisión de ITS.

De acuerdo con Amaro (2005), quien realizó una investigación descriptiva acerca de la sexualidad vista desde un conjunto de fenómenos emocionales y conductuales relacionados con el sexo que marcan de manera decisiva al ser humano en sus fases de desarrollo, concluyó que las instituciones educativas sólo brindan información general como el funcionamiento de los aparatos reproductivos, los cambios del cuerpo y métodos anticonceptivos, dejando de lado las relaciones

sexuales y cómo llevarlas a cabo de forma responsable. Además, mencionó que es fundamental la participación de los padres y/o familiares en la educación sexual de los y las adolescentes, tomando en cuenta que se debe hacer de lado la postura moralista y/o religiosa.

El tema de la salud sexual y reproductiva es primordial entre la comunidad adolescente, provocando un sin fin de dudas que deben ser disipadas en la forma más adecuada. Con relación a lo expuesto, algunos entrevistados mencionaron que hay casos en los cuales los tabúes e inmadurez para tratar el tema por parte de compañeros de clase, e incluso de profesores al frente, ocasionan temor en algunos estudiantes para expresar las dudas que los y las aquejan. Para ser más específicos, Valentina indicó que había ocasiones en que cuando sus compañeros de clase expresaban sus dudas referentes al tema de sexualidad, otros compañeros y profesores los hacían sentir evidenciados, como si fuera “algo malo”, provocando que futuras dudas no fueran expresadas para evitar sentirse señalados por parte de los demás.

Por lo antes dicho, se puede notar que hay profesionistas que suelen ser considerados aptos para educar sobre sexualidad a los y las jóvenes; sin embargo, algunos de esos profesionistas realizan esa actividad sin la responsabilidad ni los conocimientos necesarios.

Por ello, Valeria considera importante que, dentro de la institución educativa, haya personal capacitado para atender cuestionamientos de salud sexual de la población adolescente en forma personal, esto debido a que no cuentan con los medios ni el tiempo para asistir a algún centro de salud. Cabe mencionar que dentro de los centros de salud hay servicios dirigidos a atender la salud integral de la población adolescente, sin embargo, habría que pensar en qué tan probable es que los y las adolescentes se acerquen a recibir dichos servicios ya que, con relación al argumento de Valeria, esta población no cuenta con el tiempo o los medios para acercarse y recibir esta clase de servicios.

Sobre las relaciones entre sexualidad y edad, Alexis expresó que no hay edad para disfrutar la sexualidad y que puede ser “Desde la adolescencia hasta la

vejez”. Comentó que ha visto a algunas personas de edad avanzada que expresan su sexualidad con cierta libertad; según el entrevistado, esto es un acto incorrecto, a lo que acentuó: “Ya no es tu tiempo, ya pasó, ya eres viejo”; el anterior comentario es una contradicción y muestra con claridad que no hay un manejo de información respecto a los temas de sexualidad, revelando que el conocimiento y la opinión de algunos adolescentes respecto al goce de la sexualidad son limitados porque conciben que el disfrute sexual es solamente un derecho para las personas jóvenes.

Dicho testimonio se relaciona con lo señalado por Ramos (2006), quien nos dice que la salud sexual y reproductiva es un elemento clave en la salud integral y, junto con el bienestar y el desarrollo social, es también un derecho humano. Contrariamente, para la comunidad adolescente el goce de la sexualidad únicamente puede ser disfrutado por la población joven, cuando la realidad es que el placer sexual es también un derecho de la población adulta.

En síntesis, este subrubro deja notar la urgente necesidad de abordar los temas de sexualidad de manera muy específica con la comunidad adolescente, no solamente con relación a ITS y embarazos no deseados, sino también al ejercicio pleno de la sexualidad y la responsabilidad, y los cuidados que se deben tomar en cuenta antes, durante y después de realizar actos sexuales; ya que los testimonios dejaron ver que el comportamiento de las y los adolescentes sin importar el género, se inclinan al ejercicio de una vida sexual activa, ya sea por quererse adelantar a experimentar, por pertenecer a un grupo social o por presumir sin prever los riesgos y sin hacer el mínimo esfuerzo por tomar precauciones. Si bien en algunos casos hay estudiantes que tienen la fortuna de contar con la información suficiente, muchos otros no tienen claros los conocimientos necesarios para llevar en forma adecuada este tipo de prácticas; por ello la importancia de brindar información más completa al adolescente, abordando sus demandas e inquietudes y disipando sus dudas.

F) Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Las infecciones de transmisión sexual tienen una estrecha relación con las consecuencias del ejercicio de una vida sexual poco informada e irresponsable, así como de la nula educación sexual; al tocar el tema, la infección más mencionada, y temida, por los y las adolescentes fue el VIH debido a que tienen en cuenta que es un virus que, quien lo contrae, vivirá con él por el resto de su vida. Valentina compartió que conoce a personas que viven con VIH y que: “Están en una situación de tristeza y de aislamiento”.

Alexis aludió a algo similar diciendo: “Se vuelven un poco antisociales porque piensan que la gente los va a rechazar”. Sin embargo, Valeria externó que, si las demás personas no saben que alguien tiene VIH o alguna ITS, el afectado podría vivir su vida normal sin exclusión ni discriminación. Cabe destacar un comentario muy importante de Zayón, quien expresó: “Los jóvenes piensan que no pueden infectarse de enfermedades serias y por eso no se preocupan, ni tampoco preguntan”. Dicho esto, queda claro que la población adolescente subestima los riesgos de llevar a cabo relaciones sexuales impulsivas y desprotegidas minimizando el contagio de las ITS.

Por esta razón, es importante destacar que algunas investigaciones han concluido que las personas jóvenes son más vulnerables a las ITS porque tienen poca educación en temáticas de salud sexual y reproductiva por parte de las instituciones educativas, y responden sólo a sus emociones y al interés en el otro sexo o en su mismo sexo; lo anterior fue mencionado en una investigación enfocada a cómo se aborda la enseñanza de la sexualidad en las escuelas (Goncalves *et al.*, 2007).

Durante la entrevista, el grupo focal nombró algunas ITS que, según ellos, son las que más resuenan cuando se llega a hablar al respecto, y son: VIH/sida, hepatitis, gonorrea, sífilis y virus del papiloma humano. Cabe mencionar que todos coincidieron en señalar que quienes llegan a contraer alguna ITS, tienen como consecuencia un sentimiento de depresión.

El grupo focal resaltó que la comunidad adolescente no le toma importancia a las ITS y por ello no se preocupan de informarse al respecto de los cuidados que

se deben tener para evitarlas; por lo que Alexis dijo: “Deberían informarse antes de hacerlo; les gana la calentura y deben informarse para poder aplicarlo en esos casos”. Por esta razón es importante retomar lo que mencionan Chacón *et al.*, (2009) acerca de que es necesario educar para evitar conductas que ocasionan factores de riesgo a los que se exponen las personas durante la adolescencia, puesto que el contagiarse de alguna ITS impacta en su vida tarde o temprano.

En la actualidad, la población adolescente inicia su vida sexual cada vez a edad más temprana; en la investigación desarrollada por Santos *et al.*, (2003), según el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2010), la edad promedio en la que los y las jóvenes inician su vida sexual es de 15.9 años. Durante la entrevista, los y las integrantes del grupo focal realizaron un breve debate tomando en cuenta las anécdotas de conocidos y compañeros escolares, lo que los llevó a determinar que entre los 13 y los 15 años se da el primer encuentro sexual. Los entrevistados mencionaron que, entre las prácticas sexuales más comunes de los compañeros de su edad con vida sexual activa, están: la masturbación, el sexo oral, el sexo vaginal y el sexo anal.

En tal sentido, Alexis opinó que la masturbación debería ser la práctica sexual más utilizada en adolescentes, dando a entender que es una acción sana acorde a su edad y que no causa ningún daño; en el mismo sentido, Valentina expresó: “Es normal, es auto conocerse; es más fácil que un hombre te diga que se ha masturbado, a que una mujer te lo diga. Estás de acuerdo que, ante la sociedad, que un hombre lo cuente es más normal a que una mujer lo haga”. Cabe destacar que Alexis y Valentina mencionaron que sostienen una comunicación adecuada con su familia incluyendo temas de sexualidad.

Por su parte, Valeria compartió que sabe de compañeras que realizan prácticas de riesgo (sin ningún tipo de protección) como el sexo anal, con el objetivo de disfrutar sexualmente sin quedar embarazadas y también para preservar su virginidad. Por esta razón, se puede notar que las adolescentes minimizan el riesgo de las ITS y que lo único que les preocupa es no quedar embarazadas y, en algunos casos, conservar su “virginidad”. Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente,

es notoria la gran importancia y la constante necesidad de que la comunidad adolescente tenga siempre presente el cuidado y el uso adecuado de los métodos anticonceptivos y de barrera para prevenir embarazos e ITS.

Por ello, es necesario considerar lo mencionado por Herrera (2021) sobre que las mujeres viven sujetas a una adolescencia con múltiples factores de represión constante en torno a su sexualidad, comenzando desde sus cambios físicos, su comportamiento, sus costumbres, y su forma de expresarse, por mencionar algunos. Aunado a ello, se encuentran los factores sociales enmarcando la moralidad y el antecedente histórico de la virginidad que han acompañado al estereotipo del valor de la mujer correcta, sometiéndola desde la adolescencia y hasta su vida adulta.

En conclusión, se debe tomar en cuenta que por la manera desmedida, poco informada e irresponsable en que la comunidad adolescente ejerce su vida sexual, se tiene que advertir a las y los jóvenes acerca de las ITS y sus complicaciones en un sentido más profundo. Esto se fundamenta con el hecho de que, si bien cuentan con las nociones acerca de los riesgos, no les causa ninguna impresión y no tienen la mínima preocupación por el peligro de contraer alguna ITS. Se debe tener mayor énfasis en la concientización para que no solamente se preocupen por prevenir un embarazo, sino que sean más responsables durante sus encuentros sexuales; puesto que utilizan la penetración anal y el sexo oral como forma de evitar embarazos y preservar la virginidad (cuestión estipulada y atesorada por la sociedad), sin darse cuenta de que están exponiéndose a otro tipo de riesgos a los cuales no hay que restarle importancia.

G) Embarazo adolescente

El tema del embarazo adolescente es uno de los que más se enfatiza a la hora de ejecutar los programas de salud sexual reproductiva en adolescentes, por ello fue de vital importancia saber la opinión de los y las jóvenes ya que, apreciando las respuestas desde su subjetividad, se puede llegar a una mejor alternativa de análisis en beneficio de la prevención del embarazo a temprana edad. Lo que causa

preocupación ya que, según la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), México tiene la tasa de natalidad más elevada en mujeres adolescentes embarazadas en comparación con otros países. Además, el embarazo en adolescentes se incrementó considerablemente en el año 2017, por lo que dos de cada diez nacimientos eran de una joven menor de 20 años (Villa y Jiménez, 2019).

Sobre el particular, en nuestra investigación, para Valeria el embarazo es una situación que es parte del ciclo de la vida, no obstante, tiene en cuenta la importancia de que este proceso sea en condiciones apropiadas tanto para las personas involucradas como para el producto, por lo que externó: “Cuando una persona se embaraza no tiene nada de malo”, refiriéndose a sujetos con edad adecuada, estabilidad social, emocional y económica. En el mismo sentido, Alexis expresó: “Se debe tener un bebé cuando se cuente con un trabajo estable y puedas darle un buen futuro a tu hijo”. Como se puede notar, los dos comentarios anteriores ponen énfasis en las condiciones necesarias para llevar una vida digna en situación de embarazo y posterior a él.

Las y los entrevistados mencionaron casos cercanos de jóvenes que se han embarazado, siendo testigos de algunas de las complicaciones que acarrea consigo dicha situación, las cuales, en la mayoría de los casos, son: el enojo y el cambio del trato de la familia hacia los jóvenes implicados en el embarazo; la decepción y la tristeza que los familiares sienten ante tal situación; el no poder desenvolverse socialmente como cualquier otro adolescente en cuanto a preparación escolar, actividades recreativas y sociales; el no poder conseguir un empleo adecuado por su edad e inexperiencia; repercusiones emocionales a causa de críticas y/o comportamientos de discriminación; entre otras.

Valeria agregó: “Hay muchas personas que se les quedan viendo feo [a las adolescentes embarazadas] y les dicen de cosas”. Las burlas y el rechazo también se hacen presentes, la misma entrevistada afirmó: “Al encontrarme a una persona joven embarazada, trato de no verla” dando a entender que lo hace para no hacerla sentir victimizada o criticada.

Alexis considera que la mejor edad para poder ser padres de familia es en el periodo de los 25 a los 30 años, después de que una persona ya se desarrolló profesionalmente y tiene una estabilidad económica. Los y las informantes refirieron que, para evitar un embarazo, la población de ambos sexos debe de tener sentido de compromiso al utilizar protección en sus relaciones sexuales, teniendo una responsabilidad compartida.

Valeria y Valentina, expresaron que las mujeres son las que quedan embarazadas y, por consiguiente, son las que deben tener mayor sentido de responsabilidad y precaución para cuidar su cuerpo. Mientras que Alexis externó: “Debería ser responsabilidad de los dos, pero hay veces que porque la mujer trae protección es rechazada o mal vista”. Así, en muchas ocasiones, el que las mujeres se prevengan en caso de que se llegara a suscitar un acto sexual, las convierte en automático, ante la vista de algunos hombres, en “Una cualquiera”.

A partir del comentario de Alexis se puede citar a Ramos (2006), quien menciona que la intención de la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género en la adolescencia es que tanto chicos como chicas asuman la responsabilidad de prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual, haciendo alusión a la equidad de género.

Es importante decir que también los y las adolescentes están conscientes de que el embarazo implica responsabilidad de ambas partes y no sólo de las mujeres, además de que es un impacto muy fuerte durante esta edad, por lo cual Alexis exclamó: “Ya no nada más es la mujer la que se hace cargo del bebé, sino el hombre también”, “No solamente implica cuidarse a sí mismo, sino también cuidar al bebé”, “Sabes que la regaste”, “Puede destruir tu vida, o a lo mejor no, si es que se cuenta con el apoyo de la familia”. Esto fue expresado con un sentimiento de empatía hacia las chicas que claramente ayuda a que los y las jóvenes tomen un sentido de reflexión ante tal situación.

Para el grupo focal, un embarazo adolescente genera confusión, y el hecho de que dicho grupo etario no sabe cómo actuar la mayoría de las veces ante situaciones problemáticas, les encamina a recurrir al núcleo familiar ya que no han

vivido alguna experiencia similar. Por ello, muchas veces se recurre a los padres como posible solución económica y cuidadores de los hijos. Con relación a lo expuesto, Valeria mencionó que los adolescentes no están preparados para tener un bebé en ningún sentido (económico, emocional, físico, etc.); mientras que Valentina opinó que arruinan su vida (en el sentido de preparación para el futuro), dañan su cuerpo (que su cuerpo no es aún apto para el desarrollo de un feto), lo que pone en riesgo su vida y la del producto.

La situación antes mencionada encamina al adolescente a tomar decisiones que pueden llegar a ser favorecedoras dependiendo del punto de vista y la subjetividad de cada persona, tal como la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Al respecto, la opinión de los y las entrevistados fue variada debido a que la apoyan siempre y cuando el embarazo se haya dado por un abuso sexual; sobre esto, Valentina compartió: “Si tiene al hijo, va a recordar siempre lo que le pasó”.

Por otra parte, algunos integrantes no apoyan la ILE en caso de que la pareja no haya sido responsable de protegerse durante el acto sexual. Por lo anterior, resaltaron que deben de hacerse cargo del producto, como una forma de castigo por no haber tenido precauciones.

Valentina comentó que el embarazo, además de suscitarse por no ser responsables, también sucede por otros factores: “Porque no supieron poner el condón o porque no llevaban condón”, lo que hace alusión al acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos y su relación con los embarazos no deseados.

El embarazo es atribuido a la falta de cuidado por parte de las mujeres, ya que son las que llevan consigo todo el proceso, por ello es importante educar a la comunidad de tal forma que ambas partes compartan la responsabilidad y los cuidados al participar en un acto sexual.

Para concluir este apartado, es preciso resaltar la necesidad de informar de manera constante y enfática a la población adolescente acerca de lo que conlleva tener un embarazo a temprana edad, así como los métodos de prevención; resaltar la igualdad de género, ya que en una relación sexual se ven involucradas ambas

partes y tienen el mismo grado de responsabilidad al tener vida sexual activa; y hablar abiertamente de la sexualidad y mencionar que no es algo que se deba hacer por hacer ni a las carreras, sino que se debe de contar con situaciones adecuadas que propicien un encuentro sexual responsable en un momento conveniente con una persona correcta.

H) Métodos anticonceptivos

Con relación a los métodos de planificación familiar, los y las participantes los vincularon con lo aprendido en sus respectivas familias; en otros casos, con lo que investigaron en libros e internet; y también con lo aprendido en el programa de GAPS. Al mismo tiempo, dijeron contar con los conocimientos necesarios para prevenir embarazos e ITS, puesto que expresaron conocer los métodos anticonceptivos siguientes: el condón, el dispositivo intrauterino (DIU), la salpingoplastia, el implante subdérmico, el condón femenino y la pastilla del día siguiente, por mencionar algunos. Cabe señalar que esta última es un método de emergencia y no un método anticonceptivo, como en la actualidad lo usan las adolescentes de una manera muy natural, sin tomar en cuenta el daño que el uso desmedido de dicha pastilla causa al organismo.

Una opción y recomendación por parte de Valeria, es que la masturbación sea una práctica normal y adecuada para su edad, dando a entender que no tiene “nada de malo” y que es preferible recurrir a dicha práctica para conocer y disfrutar de su sexualidad, dado que no causa ITS ni embarazos; y concluyó mencionando que los y las adolescentes optan por tener relaciones sexuales adelantándose a su edad, dando a entender que no es adecuado ni recomendable.

Retomando el comentario de Valeria acerca de la masturbación, Valentina expresó: “Es normal, es auto conocerse. Es más fácil que un hombre te diga que se ha masturbado, a que una mujer te diga ‘me masturbé’. Estás de acuerdo que ante la sociedad como que un hombre lo cuente es más normal a que una mujer lo haga”. El anterior testimonio reafirma la desigualdad de género en las prácticas sexuales auto exploratorias y que sigue presente en la actualidad.

Sobre los métodos anticonceptivos, Ramos (2006) menciona que, en torno a esta realidad, muchas jóvenes asumen medidas para prevenir o evitar un embarazo no planeado, ya sea por la responsabilidad y otras por el peligro, sin embargo, la comunidad adolescente se mantiene renuente a la utilización de los métodos, dejándose llevar y creyendo que no les puede pasar.

En conclusión, los y las adolescentes deben contar con información constante no sólo para estar enterados, sino para tenerla siempre presente de manera reflexiva antes de realizar alguna práctica sexual. Cabe mencionar que el grupo focal expresó que dicha información la obtienen de familiares, libros, internet, etc. Pero no es suficiente ya que los testimonios dejan notar la importancia de profundizar en la información acerca de los métodos anticonceptivos más viables para cada persona y enfatizar en que las pastillas del día siguiente son nocivas para la salud en la forma tan constante en la que las adolescentes las utilizan en la actualidad.

V.2.3 Participación en el programa Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS)

En este subrubro se analizarán los resultados de la participación del grupo focal en el taller llamado Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS), en el cual se les capacitó de forma estratégica para que tuvieran un mayor acercamiento dentro de su misma comunidad de compañeros y así abordar temas de salud integral, principalmente de salud sexual y reproductiva.

I) Aplicación de la promoción de la salud sexual y reproductiva

Al cuestionarles respecto de lo que sabían acerca de la promoción de la salud, las y los participantes nos comentaron a grandes rasgos, pero de manera muy segura, que va encaminada a dar pláticas informativas sobre salud en cuestiones: emocionales, físicas y psicológicas, entre otras. Sobre esto, Alexis expresó: "Consta de informar a tus amigos, es una forma de difundir la información". De esta manera,

se deja ver que los y las adolescentes tienen la concepción de que una parte de la promoción de la salud involucra a la educación de las personas.

A través de sus experiencias en el GAPS, los y las informantes nos hicieron saber de forma muy objetiva el contexto de la promoción de la salud, lo cual podemos relacionar con Czeresnia (2008), quien, al respecto, menciona que la promoción de la salud se desarrolla desde una perspectiva global y no sólo de una enfermedad particular, constituyéndose como una opción para aumentar la salud y el bienestar general de las personas.

Retomando la entrevista con los y las estudiantes, y al preguntarles acerca del programa de GAPS, Zayón dijo que: "Casi siempre venía la médica o un experto en el tema";-y Valentina comentó: "Te da más confianza con una sola persona, por ejemplo, con la médica sí se podía hablar bien de los temas", refiriéndose a que cuando trataban diferentes temáticas (higiene, alimentación, medio ambiente, salud bucal, entre otros) en algunas ocasiones el profesionalista al frente cambiaba con cada sesión. De hecho, el programa establece que las personas que impartan las sesiones deben ser expertas en el tema. Sin embargo, para los y las adolescentes es más cómodo que una sola persona aborde los diferentes temas en todas las sesiones, dado que les inspira más confianza y apertura para la participación.

Alexis, por su parte, mencionó que en algunas sesiones hacían diferentes técnicas de dinámica de grupo, por ejemplo, obras de teatro, ya que adquirieron muchos aprendizajes en temáticas como: emociones, embarazo adolescente, métodos anticonceptivos, formas de alimentarse, entre otros. En dichas dinámicas abordaban un tema, lo debatían y posteriormente lo daban a conocer mediante obras o improvisaciones dirigidas a sus demás compañeros.

Cuando se le preguntó al grupo focal acerca de los objetivos del programa, Zayón dijo que el principal es: "Informar a los adolescentes sobre todo tipo de temas y, asimismo, que compartan sus aprendizajes a otros adolescentes". Al respecto, las y los entrevistados consideraron que se cumplieron los objetivos ya que, si bien puede que no hayan tenido trato con toda la población estudiantil, en sus grupos de clase hay diversos subgrupos, lo cual hace que al compartir la información entre

pequeños grupos se distribuya abarcando poco a poco a gran parte de la población de adolescentes.

Hablando de los resultados obtenidos, Zayón dijo que antes de estar en el programa tenía concepciones acerca de la sexualidad y de los métodos anticonceptivos, pero que durante y después de su participación en el programa, hubo un mayor aprendizaje en forma correcta, provocando que cambiara la perspectiva que tenía en torno a la sexualidad, además de reforzar y contar con más información. Por ello, Zayón aseguró que sí se cumplieron algunos objetivos del programa.

En suma, el grupo focal dejó notar con sus testimonios que su participación en el programa fue fructífero y positivo, ya que contaban únicamente con nociones acerca de la salud, pero con las actividades realizadas por parte de los profesionistas de la salud durante la ejecución del programa, lograron tener una capacitación suficiente; de esta forma obtuvieron los conocimientos específicos para poder orientar a sus compañeros sobre temáticas de salud integral y en especial de salud sexual. Esto les permitió difundir aprendizajes que, aunque no comunicaban directamente a toda la población estudiantil, la información se iba distribuyendo poco a poco como una cadena de bienestar.

J) Diversidad sexual

En el grupo focal se preguntó si abordaron temas acerca de la diversidad sexual, a lo que Zayón respondió: "No hablamos porque no está en el temario, pero yo recuerdo que la médica nos dio la información cuando nosotros le preguntábamos".

Sin duda alguna, la diversidad sexual muestra un abanico de posibilidades, no sólo de identidades, sino también de poder decidir de qué manera disfrutar de la sexualidad. Por ende, y entre otras respuestas, las y los entrevistados también hicieron saber que les faltó abordar otras cuestiones como la protección sexual entre personas del mismo sexo; al respecto, Valentina dijo: "La médica lo explicó, que el condón femenino también sirve para hacerle sexo oral cuando es relación sexual mujer con mujer, rompió un condón y lo adaptó para que supiéramos cómo usarlo

en caso de una relación sexual entre mujeres”. Este testimonio es importante porque si los chicos no hubieran preguntado, este tema no se les habría impartido y seguirían a ciegas, hasta encontrar a alguien que les brindara la información o acercarse a fuentes que quizá no fueran las mejores o más confiables.

La Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes (Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH/sida, 2016), menciona que la población adolescente goza de derechos sexuales, y de las garantías para su protección, sin discriminación ni distinción por cualquier circunstancia que trasgreda la dignidad humana, los derechos y las libertades, favoreciendo la protección del adolescente.

Algunos de esos derechos son: “derecho a la información actualizada veraz, completa, científica y laica sobre su sexualidad; derecho a la educación integral en sexualidad; derecho a ejercer y disfrutar plenamente su vida sexual; derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre su cuerpo y sexualidad” (*Ídem*).

Tomando en cuenta estos derechos sexuales, y contrastándolos con los testimonios antes mencionados, queda claro que no se cumple lo estipulado en dicha Cartilla, a pesar de que participantes del grupo focal como Alexis, expresaron: "Es importante saber cómo cuidarnos para no contraer ITS o un embarazo, y no sufrir las consecuencias".

Por otra parte, señaló que el hecho de haber sido partícipes del GAPS, tanto a él como a sus compañeros, les brindó herramientas a nivel personal fortaleciendo su seguridad y facilitándoles estrategias para socializar más con la comunidad estudiantil ya que ampliaron los conocimientos que permiten brindar mejor información a sus pares.

Como comentario final, Valentina manifestó que faltó tratar con más profundidad los temas que hacen referencia a la diversidad sexual. En específico, mencionó que es necesario brindar información de cómo puede haber una relación sexual responsable y protegida entre personas del mismo sexo, que en una relación sexual entre dos hombres se puede hacer el uso del preservativo, pero también es importante saber cómo se pueden proteger dos mujeres en el acto sexual. Dicho

comentario fue una inquietud expresada debido a que dentro de la comunidad estudiantil tenían compañeros homosexuales y lesbianas quienes, al igual que los y las adolescentes heterosexuales, requieren de información específica para su protección sexual como lo establece el derecho a la identidad sexual de la mencionada cartilla. Aunque la médica les proporcionó información cuando se la solicitaban, el comentario va más hacia la necesidad de que no se deje a “la buena fe” del personal de salud hablar sobre estos temas, sino a que venga estipulado en el manual el proporcionar información de este tipo.

K) Evaluación y experiencias del programa

Cuando se cuestionó acerca de si el programa aclaró sus dudas, los adolescentes respondieron: “Sí, aclararon la mayoría de las dudas, pero hizo falta la práctica”; al respecto, Valentina expresó: "Sí nos explicaron y narraron, además de que lo hicieron frente a nosotros, pero no es lo mismo que ellos lo hagan a que nosotros lo hagamos". Dicho comentario fue expresado debido a que los profesionistas de la salud al frente del GAPS, después de brindar la teoría, realizaban prácticas demostrativas como poner un preservativo a un pepino, pero, las llevaban a cabo los mismos profesionistas. Valentina compartió que es mejor que los mismos adolescentes realizaran esas prácticas que son indispensables para reforzar el aprendizaje y saber cómo actuar de manera correcta al momento de estar durante el acto sexual.

En el mismo sentido, Alexis dijo: “Sí, vimos muchos temas, pero creo que hizo falta tiempo para abordar a detalle temas de interés para nosotros”; la diversidad de temáticas a la que se refirió Alexis gira en torno a la salud integral, dejando ver que hay temas con mayor importancia como los de la diversidad sexual, los cuales no fueron abordados con tanta profundidad. Por consiguiente, se revela su necesidad de que cuando estén frente a una situación de actividad sexual usen los métodos anticonceptivos de forma correcta, abarcando las formas de protección en personas sexualmente diversas.

Sin duda, las y los entrevistados del grupo focal, al realizarles esta serie de preguntas referentes al programa y los resultados obtenidos, mostraron una actitud de agrado por haber participado en las actividades; Alexis comentó: “Hay compañeros y amigos que se acercan a preguntarme cuestiones sobre la salud y les doy mi punto de vista de una manera correcta, tratando de resolver sus dudas”; Marco también agregó: “Yo más que nada sí lo aplico con amigos que ya quieren tener el acto sexual y les digo: `Con que te cuides, no hay problema””, dicho testimonio deja ver que sí hubo un impacto en beneficio de la comunidad adolescente.

Es notorio que las y los alumnos que conformaron el grupo manifestaron que obtuvieron muchos beneficios, entre los más importantes mencionaron: "Tenemos más información sobre sexualidad, los riesgos del embarazo y los métodos anticonceptivos"; sin embargo, el grupo focal consideró importante implementar mayor acercamiento de los profesionistas de la salud a la comunidad ya que afirmaron que se deben abordar con mayor constancia las problemáticas, inquietudes y enseñanzas en dicha población.

Como se expuso antes, los profesionistas de la salud se apegaron a la postura conservadora con la que está elaborado el programa; pese a que la diversidad sexual abarca una parte considerable de la población, el programa sigue siendo en su mayoría conservador. Al contrastar lo anterior con la opinión de las y los estudiantes, nos da la certeza de la importancia que tiene el hacer una reestructuración para que los programas sean más incluyentes, no solamente dirigidos a una población heterosexual, sino también a una población diversa sexualmente.

Una situación que es evidente además de que el programa debe ser menos teórico y más práctico, es la falta del seguimiento de la aplicación del mismo, ya que los integrantes del grupo focal concordaron en que fue muy poco el tiempo que se les brindó y que les faltó tiempo para reforzar prácticas demostrativas con modelos anatómicos, ya que, el hecho de practicar ellos mismos, es una forma de acercarlos

más a la forma de cómo pueden realizar ciertas acciones de forma correcta a la hora de vivir un encuentro sexual.

L) Opiniones y sugerencias

Valentina consideró importante tratar más a fondo el tema de la violencia en el noviazgo como forma de prevenir a la comunidad adolescente de vivir alguna experiencia de este tipo, expresándolo de la siguiente manera: "Es importante saber de la violencia en el noviazgo, que, si en un futuro se tiene un novio violento, se debe contar con la información y ya sabes, cómo te previenes y cómo debes actuar".

Para Valentina, tal situación tendría el propósito de brindar información para saber qué hacer en caso de que alguien viva violencia en el noviazgo, y agregó: "Quizás no se te presente hoy o ahorita, pero sí a futuro; puede que tengas un novio medio violento y tú, con los temas que ya viste, con la información que tienes, te das una idea de cómo que te previenes y cómo actuar".

Valeria reiteró la importancia de que la teoría esté acompañada de actividades de práctica, además de videos y audios que ayudan a reforzar y facilitar la adquisición de aprendizajes. Esto debido a que son temáticas muy importantes y el uso de material didáctico ayudaría a que la población adolescente tuviera mayor facilidad en el aprendizaje sobre cuestiones de salud sexual.

En conclusión, los y las adolescentes manifestaron tener interés por temas no abordados con profundidad, o que también no estaban dentro del programa; lo cual debe ser tomado en cuenta para fortalecer la información que se le brinda al adolescente, ya que, si manifiesta ciertos desasosiegos esto se debe a que lo viven ellos mismos o en su entorno.

VI. Consideraciones finales

En el presente capítulo se darán a conocer las consideraciones finales más relevantes acerca de la investigación, así como la determinación del cumplimiento de los objetivos, la relación de la promoción de la salud con el estudio realizado y su aportación en la ejecución del programa Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. También se discutirá la importancia de los testimonios de las dos poblaciones entrevistadas (profesionistas de la salud y grupo focal de adolescentes), así como el contraste entre ambos testimonios. Por último, se realizarán algunas propuestas que es necesario tener en cuenta para lograr un mayor impacto en los programas de salud sexual y reproductiva en la población adolescente con base en los datos obtenidos en la presente investigación.

VI.1 Recapitulación de las averiguaciones más significativas de la investigación

Después del cumplimiento del presente trabajo de tipo exploratorio, se estableció la relación de los resultados obtenidos con los objetivos derivados de las preguntas de investigación. Con respecto al primer objetivo específico, así como la pregunta planteada referente al análisis del origen del programa Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018 desde una perspectiva de la promoción de la salud, se encontró que surgió como una iniciativa del gobierno federal a partir de una instrucción de la OMS para brindar atención a la salud sexual de las y los adolescentes ya que se considera a esta población como de riesgo.

Tal programa fue creado debido al aumento de embarazos en esa población, además de que dicho grupo etario no recurre a consultas médicas sino hasta que ya hay presencia de embarazo; por otra parte, el programa pretendió generar un acercamiento entre el sector salud y la comunidad adolescente por medio de actividades, brindando atención integral en cuestiones de nutrición, psicología, salud y reproducción; así como disminuir embarazos, ITS, mortalidad materna e infantil, y violencia en el noviazgo.

Referente al segundo objetivo específico y la pregunta en torno al análisis acerca de la ejecución del programa desde una perspectiva de la promoción de la salud, se encontró que el programa cuenta con una estrategia muy efectiva, que consiste en capacitar en temas de salud integral a determinado grupo de adolescentes para que logren un acercamiento con información real y de interés que puedan compartir para orientarse entre pares; se pretende que logren identificar problemáticas comunes con la intención de ayudar a su comunidad y, en caso de ser necesario, canalizar a adolescentes con algún profesionalista de la salud para la atención de situaciones delicadas como embarazos, violencia en el noviazgo, abuso sexual, depresión, adicciones, etc.

Lo anterior, por medio de la formación y capacitación; por una parte, para fomentar el autocuidado de la salud; y por la otra, para difundir entre pares las herramientas a fin de promover estilos de vida saludables con la finalidad de disminuir las prácticas sexuales de riesgo y fomentar la toma de decisiones de manera más consciente respecto a su actividad sexual.

En contraparte, el programa proyecta ser inclusivo sin importar etnia, estrato social, preferencia sexual, etc.; brinda la atención que requieren las y los adolescentes con equidad, igualdad y sin discriminación por medio de actividades como: foros, ferias, jornadas, talleres y módulos de salud que se acercan a las escuelas para que la población adolescente tenga mayor acceso a la información.

Con relación a la inclusividad del programa, se detectó que los enfoques de las directrices se delimitan, principalmente, a atender las dificultades de la población heterosexual para evitar embarazos y prevención de ITS con la finalidad de disminuir costos. En un segundo plano, se enfoca a tratar temas como la equidad de género, el cumplimiento de la Cartilla y, de forma complementaria, de los Derechos Sexuales, el respeto a la diversidad sexual y las diferentes formas de relacionarse sexualmente en pareja (mujer-mujer, hombre-mujer, hombre-hombre).

Adicionalmente, en cuanto a lo que limita el alcance del programa se encontró que, en su mayoría, predomina un enfoque preventivista, lo cual provoca que no cuente con una perspectiva de promoción de la salud como tal, lo que da como

resultado que la prioridad sólo sea la prevención de embarazos e ITS; esto es el reflejo de que la estructura del programa está diseñada con base en lo que las autoridades creen que es conveniente para el adolescente y no en lo que el adolescente necesita en realidad. Este enfoque no toma en cuenta que por medio de la promoción de la salud se puede brindar la capacitación y el empoderamiento de la población para acrecentar y fomentar el cuidado de la salud, creando una cultura de autocuidado a largo plazo que puede ser replicada en el círculo social del y la adolescente, y generar un mayor impacto a la hora de llevar a cabo de forma responsable su vida sexual.

Con relación al tercer objetivo específico y la pregunta que deriva de las experiencias de los profesionistas de la salud en su participación en el programa, hubo una discrepancia referente a las directrices de éste ya que la mayoría mencionaron que son “muy cuadradas”, tomando en cuenta que están dirigidas principalmente a la atención de la comunidad heterosexual, además de que algunos métodos para difundir la información son obsoletos. Por ende, los profesionistas señalaron que les gustaría recurrir a actividades y temas más atractivos para la comunidad adolescente debido a su inquietud por tener acceso a contenidos más completos en torno a la sexualidad. Consideraron que es importante escuchar las peticiones e inquietudes de este grupo etario y no solamente apearse a lo estipulado en el programa ya que, si bien el mismo cuenta con una determinada estructura, la población a la cual va dirigida manifiesta otras demandas. Sin embargo, los profesionistas deben acatar los lineamientos estipulados en los manuales de ejecución y no pueden hacer muchos cambios para poder disipar los desasosiegos externados por la comunidad adolescente.

Cabe destacar que es muy importante tener cuidado en la concepción que tiene el personal de salud acerca de la prevención respecto a la de promoción de la salud ya que, entre prevención y promoción de la salud hay una línea muy delgada que ocasiona confusión entre dicho personal, y al no tener claridad entre una y otra, se pierde la fuerza de las líneas de acción de la promoción de la salud. La prevención está encaminada a evitar enfermedades, mientras que la promoción de

la salud se enfoca a que las personas adquieran información por medio de la capacitación, el empoderamiento y la comunicación mediante estrategias que propician una cultura de autocuidado a través de la educación y que, de esta forma, la población actúe en pro de su salud ante diversas situaciones

En cuanto al cuarto objetivo específico, así como la pregunta de investigación para tomar en cuenta la experiencia y el impacto obtenido por parte de los y las adolescentes con los cuales se llevó a cabo la aplicación del programa, el grupo focal manifestó haber tenido una experiencia fructífera al participar en el programa, debido a que no solamente aprendieron conocimientos para el cuidado personal, sino también para transmitir y replicar los aprendizajes de la salud con su familia y compañeros de escuela. Esto indica que el impacto en los y las adolescentes fue positivo, ya que dicha población se siente en confianza al tener a un profesionalista de la salud al frente resolviendo dudas referentes a la misma (higiene, alimentación, medio ambiente, salud bucal, entre otros). Debido a lo cual, difiere de lo estipulado en el programa, el cual establece que deben tener un especialista en cada tema, principalmente de carácter sexual, ya que, si bien sus profesores escolares tienen una interacción educativa más frecuente, los y las adolescentes se sienten más cómodos con un profesionalista en el tema de la salud abordando dichos tópicos.

Sin embargo, a pesar de que en el programa se estipula que debe haber diferentes especialistas llevando el grupo, la realidad es que no cuentan con el personal suficiente y debidamente capacitado para atender a esta población. Por lo tanto, se podría concluir que es mejor que una sola persona sea la encargada de llevar los grupos debido a cuestiones de confianza y desempeño tanto de las y los adolescentes como del personal de salud.

Es preciso subrayar que, si bien la información aportada es necesaria, no es suficiente porque también hubo inquietudes externadas por parte del grupo referentes a que se les explicara cómo tener disfrute y protección en las relaciones sexuales hombre-hombre y mujer-mujer ya que, dentro de dicha información brindada por los profesionalistas de la salud, basándose en los manuales del programa, no son abordados los temas de la diversidad sexual. Además, es preciso

informar cómo tomar decisiones para poder disfrutar de su sexualidad, puesto que la información brindada por parte del programa se enfoca al uso de métodos para prevenir embarazos, pero eso no lo es todo al momento de tener un contacto sexual. De este modo, queda claro que los y las adolescentes deben contar con información constante y fidedigna para que, de manera reflexiva, puedan llegar a tener una práctica sexual adecuada.

En torno al quinto objetivo específico sobre aportar recomendaciones para el mejoramiento del programa desde la perspectiva de la promoción de la salud, y basados en lo expresado por los profesionistas de la salud, lo enseñado a los y las adolescentes durante las sesiones del programa sí tiene un gran beneficio debido a que dicho grupo etario demostró el interés de la comunidad adolescente para participar en temas de salud y expresar dudas, principalmente, de salud sexual, además de querer enunciar situaciones de riesgo que detectan entre compañeros; aunado a ello, los chicos y chicas pertenecientes al programa sí lograban brindar apoyo en temas de sexualidad entre pares, ocasionando que sus demás compañeros tuvieran una visión más clara sobre el cuidado de su salud sexual.

Se obtuvo una reflexión sobre cómo las y los adolescentes pueden ser partícipes en su propio grupo etario para ayudar a acrecentar los conocimientos de salud y autocuidado para que, de esta forma, la población tome en cuenta realizar actos responsables a la hora de llevar a cabo el disfrute de su sexualidad.

Dicho lo anterior, nos percatamos que los y las profesionistas de la salud se apegaron a la postura conservadora con la que está elaborado el programa, pero con la opinión de las y los estudiantes, queda clara la importancia de hacer una reestructuración para que los programas sean más incluyentes, no solamente dirigidos a una población heterosexual, sino también a una población diversa sexualmente.

Lo antes mencionado no es tarea fácil ya que desde las bases del programa se tiene que cambiar la estructura y se debería tener una planeación en la cual se deje de lado la postura conservadora abriéndose hacia una visión liberal acorde a

las necesidades de los y las jóvenes, puesto que el impacto del programa fue notorio al atender las inquietudes específicas que demanda la población.

También se debe tomar en cuenta que la información brindada debe de ser más didáctica puesto que, si bien la teoría es muy importante para tener el conocimiento necesario, las actividades didácticas son las que les darán una experiencia más precisa a los y las adolescentes para que al momento en que estén en una práctica sexual, ésta sea llevada a cabo de forma responsable y plena.

Lo antes mencionado también da pie a que se haga énfasis en la sensibilización del personal de la salud para que brinden la atención al adolescente desde una perspectiva más abierta y flexible; que haya una misma línea de intervención basada en la empatía y el respeto considerando que es un grupo vulnerable y que requiere de un acercamiento adecuado con los profesionistas para generar un vínculo de confianza sin juicios y así tener una adecuada atención constante.

Otro punto muy trascendente es analizar la forma de evaluar el impacto del programa. Debido a su enfoque preventivo, se puede notar que sus resultados son muy limitados puesto que solamente se apegan a la obtención de estadísticas tomando en cuenta los porcentajes de aumento o disminución de embarazos y muertes materno-infantil, además del cumplimiento de la entrega y aplicación de métodos anticonceptivos a la población adolescente por medio de las ferias y jornadas de salud. De esta forma, con base en las estadísticas, determinan si la cuota fue alcanzada y si un programa es funcional o no; si las estadísticas demuestran que no hubo disminución de embarazos y muertes, significa que el programa “no funciona” y que, por lo tanto, no debe de ser financiado y lo desechan.

Dicho esto, es importante implementar otros métodos para evaluar el impacto del programa, en el cual se reflejen no solamente las estadísticas de embarazos, muertes y entrega de métodos anticonceptivos, sino que también, por medio de una evaluación cualitativa, se valore el impacto del programa mediante la consideración del aprendizaje y los conocimientos que los y las adolescentes demuestren haber

obtenido en determinadas técnicas de dinámicas de grupo durante su participación en el programa.

Por consiguiente, es preciso resaltar la necesidad de que las autoridades correspondientes tomen en cuenta lo anterior y modifiquen su enfoque y estructura, para que, de esta forma, después de la impartición del programa, hagan una evaluación mixta que incluya la forma cuantitativa que siempre se ha hecho, reflejando las estadísticas periódicas de un determinado tiempo y forma, pero que además también incorpore la evaluación cualitativa del impacto provocado en los y las adolescentes posterior a la impartición del programa. Como promotores de la salud, consideramos muy importante que las autoridades correspondientes tomen en cuenta las necesidades de la población adolescente, dándole voz, haciéndola participe para que manifieste sus inquietudes, necesidades y experiencias; y con base en ellas, sean creadas estrategias que refuercen los programas dirigidos a jóvenes haciéndolos más funcionales y, lo más relevante, logrando una mayor incidencia en pro de la salud sexual adolescente.

Además de lo mencionado, otra recomendación es que se realice una evaluación cualitativa de seguimiento, lo cual, sin duda, podría optimizar los resultados del programa a largo plazo, demostrando que hay un impacto más profundo y satisfactorio, ya que quedó confirmado que sí se logran cambios notorios y favorables en dicho grupo etario después de haber participado en el programa.

Tal evaluación se debería realizar mediante una planeación de seguimiento con la población, es decir, que después de haber llevado a cabo la impartición de las sesiones y las actividades del programa no se quede solo en eso, sino que, por medio de actividades posteriores como convocar durante las jornadas de salud en las escuelas, a los y las participantes de los GAPS interesados en acudir a las unidades de salud en donde se realicen mesas de diálogo en las cuales se puedan evaluar las problemáticas que se hayan tenido, cómo las solucionaron y los cambios positivos que obtuvieron para exponer las problemáticas detectadas que como adolescentes perciben para darles seguimiento en un futuro. De este modo se podría reafirmar y retroalimentar la información obtenida por los y las adolescentes,

para así corroborar que no solo haya sido recibida, sino también aprendida, aplicada y compartida entre pares.

Esto, es posible por medio de la educación para la salud, la cual es una herramienta de la promoción de la salud que permite brindar información a las personas; para ello es importante constatar que haya un verdadero aprendizaje, es decir, que el proceso educativo se refleje en un auténtico aprovechamiento por parte de las y los adolescentes, y que se manifieste a la hora de usar lo aprendido como un recurso para su autocuidado.

VI.2 Trascendencia de los resultados obtenidos

El presente trabajo, al ser una investigación de tipo exploratorio con la perspectiva de la promoción de la salud, pretende superar las brechas que siguen persistiendo para poder lograr que la población adolescente pueda concebir la sexualidad no solamente como un acto que se deba realizar de forma apresurada para complacer a otras personas y/o por presión social para pertenecer a un grupo, sino, más bien, que sea vista como un acto personal que debe fluir con base en el conocimiento necesario y las condiciones adecuadas para realizarlo de manera responsable. También es importante que las y los adolescentes tengan la seguridad de que la toma de decisiones es muy sustancial, ya que dejarse llevar para tener un acto sexual poco reflexionado puede desencadenar consecuencias nocivas para su salud.

Por otra parte, los datos obtenidos también arrojaron situaciones importantes relacionadas con la sexualidad: violencia en el noviazgo, ausencia de los padres, familias disfuncionales y relaciones interpersonales frágiles, por mencionar algunas. Lo anterior da pie a realizar futuras investigaciones cualitativas sobre el impacto de estos temas en el desarrollo de los y las jóvenes; ya que tienen relación con el día a día de la población adolescente, la cual no sabe cómo actuar ante las diferentes problemáticas que sin duda alguna repercuten y contribuyen a hacerla vulnerable a situaciones de riesgo, lo que afecta su calidad de vida causando afectaciones de índole emocional y sexual. En consecuencia, dichas temáticas deben ser

investigadas a la luz de su relación con la salud sexual y reproductiva para aportar nuevos hallazgos que puedan favorecer y reforzar los programas de salud sexual destinados a la población adolescente. Asimismo, es preciso que los y las profesionistas de la salud tengan la sensibilidad para abordar los temas que ayuden a mejorar el presente y futuro de los y las adolescentes.

Otro aspecto importante es que los resultados de la presente investigación permitieron evidenciar que el programa tiene una visión conservadora y, por ello, no toma en cuenta abiertamente los temas de la diversidad sexual, además de que la sexualidad no es vista como algo que se tenga que disfrutar, sino, por el contrario, es abordada como una práctica solo con fines reproductivos. Por lo que, en futuras investigaciones se podría explorar el por qué en su mayoría el programa está dirigido a personas heterosexuales, si solo es por cuestiones de reducción de costos o también va implícita la poca o nula aceptación de la diversidad sexual de instituciones, personal administrativo y/o padres de familia o también, posiblemente, la negación a que los adolescentes disfruten una vida sexual activa.

Esta información es de interés primordial para los y las adolescentes, y puede hacer la diferencia; si dichos temas son tratados de tal forma que haya un aprendizaje y las dudas queden disipadas, podría ser un parteaguas para que el grupo etario adolescente no solo cuente con la información necesaria, sino que lleve a cabo una vida sexual responsable y satisfactoria.

Para concluir, es importante reforzar y seguir replicando los aciertos del programa Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, específicamente el hecho de que sean partícipes en la difusión de la información ya que aquí se comprueba que el ejecutar el programa con adolescentes clave dentro de una comunidad de estudiantes, permite tener un mayor acercamiento a dicha comunidad así como transmitir información oportuna de compañero a compañero y, asimismo, detectar y canalizar casos que deban ser tratados con mayor cuidado. Ello, con la intención de disminuir los riesgos en la salud sexual adolescente.

VI.3 Autocrítica metodológica

Es importante mencionar que, como promotores de la salud formados en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, durante la realización de la investigación siempre tuvimos presente la ética y la valoración de la importancia de la salud en la población adolescente a fin de identificar factores de riesgo para la salud sexual y reproductiva de esa población y, por medio del análisis y la reflexión, generar aportaciones en pro del bienestar adolescente.

Con base en la investigación realizada, es importante mencionar que el primer acercamiento fue con los profesionistas de la salud, con quienes la relación informante-investigador fue bastante acertada ya que hubo una interacción llena de cordialidad, confianza y disposición para colaborar con el presente trabajo.

No obstante, cabe mencionar que el tiempo proporcionado por estos informantes fue breve debido a su apretada agenda, además de que las entrevistas fueron realizadas dentro de horarios y lugar de trabajo con la finalidad de que nos brindaran el máximo tiempo posible. Sin embargo, en el caso del enfermero esta situación fue contraproducente ya que debido a que se encontraba en su lugar de trabajo sus respuestas eran limitadas y cuidadas para que no lo fueran a escuchar y esto le provocara alguna problemática con directivos o padres de familia.

En cuanto al trabajo con el grupo focal, hubo una serie de dificultades ya que el director de la escuela cuenta con una visión muy conservadora y por lo tanto se oponía a la realización del trabajo de campo. Aunado a ello, cabe resaltar la oposición de algunos padres de familia para que se trataran temas de sexualidad con los y las jóvenes debido a que piensan que el hecho de brindarles información es incitarlos a que tengan relaciones sexuales, cuando en realidad la intención de informar es estimular a los y las adolescentes a que sean conscientes de sus actos y las consecuencias de ellos; además de que, por medio de la información, puedan tomar decisiones más adecuadas en torno a su vida sexual.

Por lo anterior, se decidió solicitar el apoyo de la médica y del enfermero encargados de brindar atención en salud al alumnado dentro de la institución, quienes, a su vez, solicitaron el apoyo de la subdirectora como mediadora, para obtener el permiso del director y padres de familia a cargo y realizar el acercamiento

pretendido con los y las adolescentes para que la investigación pudiera seguir su curso y, aunque el tiempo fue muy limitado, se trató de obtener toda la información que esta investigación requería.

Pese a las dificultades mencionadas previamente, la obtención de datos fue satisfactoria y la información muy valiosa logrando que se cumplieran los objetivos del presente trabajo, el cual, tomando en cuenta que es de tipo exploratorio y que se realizó con la intención de investigar acerca de las problemáticas presentadas en la salud sexual adolescente, aún presenta muchas cuestiones e interrogantes a estudiar.

El presente estudio fue realizado con la intención de familiarizarse con este fenómeno, del que hay muchas cuestiones desconocidas; por lo que deja la puerta abierta para que investigadores con propósitos e interés en temas afines, tengan en cuenta la importancia de las problemáticas aquí señaladas en el seguimiento de dicha exploración.

VI.4 Reflexión final

Cabe destacar que la promoción de la salud es una disciplina que se basa en la participación social con el fin de que las y los adolescentes tengan un mayor control en su salud, pero ésta se encuentra en un contexto limitado por cuestiones políticas y la manera de pensar de las personas e instituciones. Y si bien los programas de salud sexual y reproductiva tienen como principal objetivo generar una cultura de autocuidado por medio de la promoción de la salud, tal propósito se ve sumamente reducido dado que, además de los problemas ya mencionados, algunos grupos sociales no han entendido que la sexualidad va más allá de la reproducción y que engloba los sentimientos y las sensaciones propias del ser humano, además de que contribuye en el desarrollo de las habilidades sociales de los y las adolescentes. Asimismo, se debe comprender que es necesario disfrutar de una vida sexual sin riesgos y con la libertad de decidir cómo ejercerla, atendiendo las diferentes prácticas e identidades sexogénicas de una población tan diversa.

Sin duda alguna, la sexualidad se debe hablar de forma abierta ya que forma parte de las inquietudes y vivencias del día a día en los y las adolescentes; y si se brinda la información demandada, es un gran acierto debido a que la población contaría con conocimientos suficientes para tomar decisiones a fin de ejercer una vida sexual sana. Sin embargo, cuando los y las adolescentes no cuentan con los datos suficientes para generar un juicio y propiciar una toma de decisiones, son orillados con facilidad a experimentar una vida sexual poco informada y llena de riesgos.

Es importante tomar en cuenta que la educación sobre salud sexual y reproductiva no solamente se tiene que hacer llegar a la población adolescente, sino también a los padres de familia, y es necesario reconocer que los conocimientos que en esta materia se le puedan proporcionar a los y las jóvenes son parte de sus derechos humanos. Tales conocimientos se vinculan a la construcción de una actitud ante la vida que tiene que ver con todo su entorno involucrando su círculo escolar, familiar, amistoso, etcétera, para un bienestar integral, por lo que no se pueden limitar o incumplir por el criterio tradicional de instituciones y/o personas.

Por lo que respecta a la participación de los profesionistas en salud, se debe destacar la gran labor que realizan algunos al darles a las y los adolescentes más información oportuna de la que estipula el programa dada su poca apertura en temas relacionados con la sexualidad y, más específicamente, con la diversidad sexual, arriesgándose a las consecuencias laborales que pudieran tener por parte de las instituciones de salud y educación. No obstante, si los y las profesionistas en salud tuvieran la oportunidad de implementar un programa oficial diferente al estipulado y más efectivo, su contribución sería mayor, así como la información que proporcionarían a la población adolescente.

De esta manera se daría voz al grupo etario adolescente escuchando sus inquietudes, quejas, demandas, curiosidades, etcétera, lo cual propiciaría un mayor acercamiento a los programas de salud sexual y reproductiva para cubrir todas sus necesidades, adoptando y fortaleciendo estilos de vida saludables para lograr un mayor control en su salud a partir de desear, pensar y actuar para estar sanos.

Además, se debe reorientar a los padres de familia, tutores y directivos académicos a adoptar una postura liberal, la cual respaldaría la autonomía de los y las jóvenes, dándoles los conocimientos adecuados para que ellos puedan elegir cómo ejercer su sexualidad, y así evitar un inadecuado ejercicio de ésta; además de que sabrían decidir si acceden o no a actos sexuales sin dejarse llevar por las presiones sociales que muchas veces les orillan a acciones de las cuales no están seguros. Lo antes dicho, también podría lograrse impulsando los diálogos sobre sexualidad entre jóvenes y adultos en donde este grupo etario vulnerable debería ser escuchado con respeto, además de continuar con la comunicación de información oportuna entre pares y convocar a adolescentes interesados a seguir manteniendo el vínculo con los servicios de salud.

Pero, tal parece que las autoridades escolares y los padres de familia no se dan cuenta de la importancia de brindar información y del error de minimizar los temas de salud sexual; ello tiene que ver con una postura ante la salud sexual y reproductiva apegada a enfoques moralistas y muchas veces religiosos, en la que, como ya se expuso, siguen imperando las costumbres socioculturales heterosexuales del modelo conservador, de las cuales emanan la indiferencia, el desdén a la diversidad sexual, y la negación del disfrute de la sexualidad plena y responsable de las y los adolescentes.

Finalmente, tomando en cuenta que a esa edad algunos de los y las adolescentes no tienen una relación de comunicación y confianza apropiada con los padres de familia y, por lo tanto, no hay una adecuada orientación desde casa, debe haber un cambio social sobre la manera en que se concibe y se expone la sexualidad, el cual convendría ser iniciado desde las instituciones educativas y de salud, apoyándose en la promoción de la salud, cuyo papel es indispensable en la sociedad.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Alonso, G. y Morgade, G. (2008). “Tradiciones teóricas y experiencias disponibles en un campo en construcción”. En: *Morgade G. y Alonso G. (comp.). Cuerpos y sexualidades en la escuela*. Buenos Aires: Paidós, pp. 19-39.
- Alvarenga, E. (2018). “Promoción de la salud y prevención de enfermedad”. El Salvador: Ministerio de Salud, https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2018_presentaciones/presentacion28062018/PROMOCION-DE-LA-SALUD-Y-PREVENCIÓN-DE-LA-ENFERMEDAD.pdf (Consultada el 9 de octubre de 2019).
- Álvarez, L. (2009). “Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo”, en *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, núm. 17, vol. 8, Bogotá, pp. 69-79.
- Amaro, M. (2005). “Sexualidad y bioética”. En *Revista Cubana de Medicina General Integral*, núm. 1-2, vol. 21, Cuba, s/p. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100015&lng=es&tlng=es (Consultada el 6 de marzo de 2020).
- Báez, J. (2015). “Género, diversidades y derechos humanos”. En *Políticas educativas, jóvenes y sexualidades en América Latina y el Caribe. Las luchas feministas en la construcción de la agenda pública sobre educación sexual*. Informe. CLACSO, pp. 23–27. http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/becas/20150825093603/politicaseducativas_educacionsexual_2015.pdf (Consultada el 9 de noviembre de 2019).
- Banegas, J., Rodríguez, A. y Rey, C. (2000). “Popper y el problema de la inducción en epidemiología”. En *Revista Española de Salud Pública*, núm. 4, vol. 74, Madrid. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272000000400003&lng=es&tlng=es. (Consultada el 10 de abril de 2021).
- Camacho, S. (2005). “Masculinidad, ¿el nuevo concepto?”. En *kidu*. <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/article/view/4746> (Consultada el 15 de noviembre de 2019).
- Campero, L., Atienzo, E., Suárez, L., Villalobos, A. y Hernández, B. (2013). “Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas”, En *Gaceta Médica de México*. Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. México, pp. 277-307.
- Cantú, P., Cerqueira, M. y Arroyo, H. (2012). “Promoción de la salud, una tarea y desafío vigentes”. En *Educación para la Salud y Promoción de la Salud*. México. Universidad Autónoma de Nuevo León/Organización Panamericana de la Salud/Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud/Consortio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal.

- Cardaci, D., Peñaherrera, E. y Sanabria, G. (2012). "Elementos introductorios al campo de la promoción de la salud". En *Promoción de la salud, una tarea y desafío vigentes*. Universidad Autónoma de Nuevo León, México, pp. 17-32.
- Cardoso, M., Pascual, R., Moreno, G., Figueroa, M. y Serrano, C. (2007). "Investigación cualitativa y fenomenología en salud". En *Vertientes*, núm. 1-2, vol.10, México pp. 25-32.
- Carmona, L., Rozo, C. y Mogollón, A. (2005). "La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social". En *Revista ciencias de la salud*, núm. 1, vol.3, Bogotá. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732005000100007 (Consultada el 10 de abril de 2020).
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2020). "Servicios Amigables para Adolescentes". En *Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. México, s/p. <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegsr/articulos/servicios-amigables#:~:text=Para%20conocer%20cu%C3%A1l%20es%20el,La%20consulta%20es%20gratuita.> (Consultada el 08 de junio de 2020).
- Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH/sida (2016). "Cartilla de derechos sexuales de adolescentes y jóvenes". Segunda edición, México. s/p. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Divulgacion/cartillas/Cartilla-Derechos-Sexuales-Adolescentes-Jovenes.pdf> (Consultada el 08 de marzo de 2020).
- Chacón, T., Corrales, D., Garbanzo, D., Gutiérrez, J., Hernández, A, Lobo, S., Romero, A., Sánchez, L., Ventura, S. (2009). "ITS y SIDA en adolescentes: descripción, prevención y marco legal". En *Medicina Legal de Costa Rica*, núm. 2, vol. 26, pp. 79-98.
- Chapela, M. (2007). "Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipadora". En *Jarillo, E., y Guinsberg, E. (eds.), Temas y desafíos en salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, pp. 347-373.
- Chapela, M. y Jarillo, E., (2001), "Promoción de la salud. Siete tesis para el debate". En *Cuadernos médico-sociales*, núm. 79, México, pp. 59-69.
- Consejo Nacional de Población (2010). "La situación actual de los jóvenes en México". En *Serie de Documentos Técnicos*, México, pp. 81-107.
- Consejo Nacional de Población (2011). *Perfiles de Salud Reproductiva*. República Mexicana. México, D.F. http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Republica_Mexicana_Perfiles_de_Salud_Reproductiva (Consultada el 3 febrero de 2019).
- Cook, R, Dickens B, y Fathalla, M. (2003). "Salud sexual y reproductiva". En *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*. Bogotá: Profamilia, pp. 6-31.

- Cortés, A., García, R., Fullera, R. y Fuente, J. (2000). “Instrumento de trabajo para el estudio de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes”. En *Revista Cubana de Medicina*, núm. 1, vol. 32, Cuba, pp. 48-54. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602000000100009 (Consultada el 29 de octubre de 2019)
- Crovetto, M., Vio, F. (2009). “Antecedentes internacionales y nacionales de la promoción de salud en Chile: lecciones aprendidas y proyecciones futuras”. En *Revista Chilena de Nutrición*, núm. 1, vol. 36, Santiago, pp. 32-45. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182009000100004 (Consultada el 06 de junio de 2020)
- Czeresnia, D. (2008). “El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción”. En *Czeresnia, D., Machado, C., (coords.), Promoción de la salud: Conceptos, reflexiones, tendencias*, Buenos Aires: Lugar Editorial, s/p.
- De Barbieri, T. (1994). “Género y políticas de población”. En *Benítez, R., Ramírez, E. (coords.) Políticas de población en Centroamérica, El Caribe y México*. México, UNAM/ PROLAP, pp. 94-277.
- De Keijzer, B. (2003). “El género y el proceso salud – enfermedad – atención”. En *Género y Salud en Cifras*, núm. 3, vol. 1, México, pp. 3-7.
- De la Fuente, J. (2019). “Salud reproductiva: el embate que viene”. En *El Universal* s/p. <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/juan-ramon-de-la-fuente/salud-reproductiva-el-embate-que-viene> (Consultada el 01 de junio de 2020).
- Díaz, Y., Pérez, J., Báez, F. y Conde, M. (2012). “Generalidades sobre promoción y educación para la salud”. En *Revista Cubana de Medicina General Integral*, núm. 3, vol. 28, Cuba, s/p. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000300009 (Consultada el 10 de marzo de 2019).
- Domínguez, I. (2011). “Influencia de la familia en la sexualidad adolescente”, en *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, núm. 37, vol. 3, Cuba, pp. 387-398. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300011&lng=es&tlng=es. (Consultada el 29 de enero de 2022).
- ENSANUT (2012). “Análisis de sus principales resultados”. En *Salud Pública de México*. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628331002> (Consultada el 28 de octubre de 2018).
- Escamilla, M. y Guzmán, R. (2017). “Educación Sexual en México ¿Misión de la Casa o de la Escuela?” En *Educación y salud*, núm. 10, vol. 5, México, s/p. <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n10/e1.html> (Consultada el 10 de junio de 2019).
- Fernández, M. (2016). “Factores de riesgo que influyen en la promoción de la salud del personal que labora en el Hospital I Moche-ESSALUD, en el periodo de abril-noviembre de 2015”. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo.

<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8409/FERNANDEZ%20DIAZ%20MARIA%20ELIZABETH%28FILEminimizer%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
(Consultada el 15 de octubre de 2019).

- Galdos, S. (2013). "La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva". En *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, núm. 3, vol. 30, Perú, pp. 455-460. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300014&lng=es&tlng=es. (Consultada el 06 de junio de 2020).
- Gómez, P., Molina, R., y Zamberlin, N. (2011) "Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe". En *Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología* (FLASOG), Lima. <https://clacaidigital.info/handle/123456789/1228> (Consultada el 29 de noviembre de 2019)
- Goncalves, S., Castella, J. y Carlotto, M. (2007). "Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes". En *Revista Interamericana de Psicología*, núm. 2, vol. 41, pp.161-166.
- Gran, M. (2006). "La salud sexual y reproductiva". En *Revista Cubana de Salud Pública*. núm. 1, vol. 32, Cuba: Ciudad de la Habana, s/p. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100001 (Consultada el 18 de noviembre de 2019).
- Haitem, H., Quintana, M. y Rodríguez, L. (2018). "Promoción de salud y prevención de enfermedades de transmisión sexual en estudiantes universitarios". En *Revista de Educación Médica del Centro*, núm. 3, vol. 10, Cuba, pp. 158-173. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742018000300011&lng=es&tlng=es. (Consultada el 10 de mayo de 2020).
- Hendel, L. (2017). "Comunicación, infancia y adolescencia: Guías para periodistas". En Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). <https://www.unicef.org/argentina/informes/comunicaci%C3%B3n-infancia-y-adolescencia-gu%C3%ADa-para-periodistas> (Consultada el 20 de noviembre de 2019).
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernández, Y. (2006). "Acerca del género como categoría analítica". En *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, núm. 1, vol. 13, España, pp. 111-120. <https://www.redalyc.org/pdf/181/18153296009.pdf> (Consultada el 18 de noviembre de 2019).
- Herrera, J., (2021). "Virginia, el guardado entre las piernas: creencias asociadas a la virginidad en adolescentes de Pereira". En *Tesis de grado para optar por el título de Magíster en Estudios Culturales*.

<https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/7363/1/DDMEC10.pdf> (Consultada el 14 de octubre de 2022).

- Hiller, R. (2005). "Los cuerpos de la universalidad. Educación y travestismo/transexualismo". En *Berkins, L. y Fernández, J. La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunicación travesti en la Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo, pp. 93-114.
- Infante, A., Paris, A., Fernández, L., y Padrón, M. (2010). "Hablamos de... sexualidad (es), conceptualización de la sexualidad y su relación con el género". En *¿Y tú qué sabes de eso? Manual de educación sexual para jóvenes*. Málaga: Área de juventud, deportes y formación de la diputación de Málaga, pp. 27-43.
- INJUV. Ministerio de Desarrollo Social (2000). "Tercera Encuesta Nacional de Juventud". Chile.
<http://www.injuv.gob.cl/portal/categoria/publicaciones/publicacionespublicaciones/> (Consultada el 21 de noviembre de 2019).
- Izquierdo, A. (2013). "Salud sexual y reproductiva". En *Revista Cubana de Enfermería*, núm. 1, vol. 29, Cuba, pp. 1-2.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000100001 (Consultada el 29 de noviembre de 2019).
- Lalonde, M. (1996). "El Concepto del 'campo de la salud'. Una Perspectiva Canadiense", En *Promoción de la salud: una antología*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, núm. 557, pp. 3-5.
- López, A. y Güida, C. (2002). "Aportes de los estudios de género en la conceptualización sobre masculinidad". En *Cátedra libre, salud sexual y reproductiva: sexualidad y género*. Uruguay, s/p. www.inau.gub.uy/biblioteca/sexu4.doc (Consultada el 30 de noviembre de 2019).
- Madrid, L. (2011). "Realizando 'diagnósticos diferenciales' de los modelos teóricos del proceso salud-enfermedad". En *Revista Kairos*, núm. 28.
<https://revistakairos.org/wp-content/uploads/Madrid.pdf> (Consultada el 10 de mayo de 2022).
- Martínez, B., Méndez, E. y Pérez, E., (2014). "Expectativas de vida, género y ruralidad de jóvenes en una comunidad migrante del estado de Puebla, México". En *Agricultura, sociedad y desarrollo*, núm. 3, vol. 11, pp. 337-357.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-54722014000300005&lng=es&tlng=es. (Consultada el 21 de mayo de 2019).
- Maquieira, V. (2001). "Género, diferencia y desigualdad". En *Feminismos debates teóricos contemporáneos*, Alianza, España, pp.127-190.
- Mazarrasa, L., y Gil, S. (2007). "Salud sexual y reproductiva, Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud, módulo 12". En *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social*, España.

https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf (Consultada el 31 de noviembre de 2019).

Mesa, A. y Rodríguez, G. (2004). "Fundamentos internacionales en torno a los derechos sexuales de jóvenes". En *Perinatología y reproducción humana*, núm. 1, vol. 18, México, pp. 10-22. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372004000100003&lng=es&tlng=es (Consultada el 30 de mayo de 2020).

Núñez, G. y Ayala, D. (2012). "Embarazo adolescente en el noroeste de México: entre la tradición y la modernidad". En *Culturales*, núm. 15, vol. VIII, México, pp. 7-46. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=694/69424430002> (Consultada el 10 de octubre del 2019).

Organización Mundial de la Salud (1986). "La Carta de Ottawa para la Promoción de Salud". Ottawa, Canadá, Salud y Social Welfare Canadá, Asociación, Canadiense de Salud Pública. <http://www.isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf> (Consultada el 7 de enero de 2019).

Organización Mundial de la Salud (2003). "Salud reproductiva: Proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo". 113ª reunión. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf (Consultada el 31 de noviembre de 2019).

Organización Mundial de la Salud (2005). "La Carta de Ottawa para la Promoción de Salud". Ottawa, Canadá, Salud y Social Welfare Canadá, Asociación, Canadiense de Salud Pública. <http://www.isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf> (Consultada el 7 de enero de 2019).

Organización Mundial de la Salud (2012). "Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias". Departamento de salud materna, del recién nacido, del niño y el adolescente, Suiza. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78253/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf;jsessionid=1F70ED3D5B6DEC2ECF51D8B6F31F9140?sequence=1 (Consultado el 10 de enero de 2020).

Organización Mundial de la Salud (2017). "Informe sobre la salud en el mundo". <https://www.who.int/whr> (Consultada el 31 de noviembre de 2019).

Otegui, R. (1999). "La construcción social de las masculinidades. Política y sociedad". En *Revista Universidad Complutense* Madrid, núm. 32, pp. 151-160. <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/%20POSO9999330151A/24698> (Consultada el 1 de diciembre de 2019).

Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2010). *Desarrollo humano* (undécima edición). México: Mc Graw Hill.

- Pérez, Y., Apupalo, M., y Creagh, I. (2018). "Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de la comunidad de Yanayacu, 2015-2016", en *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, núm.17, vol. 5, Cuba, pp. 789-799. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000500789&lng=es&tng=es. (Consultada el 28 de diciembre de 2021).
- Ramos, M. (2006). "La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género". En *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. núm. 3, vol. 23, Perú, pp. 201-220 <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n3/a10v23n3> (Consultada el 1 de diciembre de 2019).
- Rengifo, H., Córdoba, A., y Serrano, M. (2012). "Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano". En *Revista de Salud Pública*. núm. 4, vol. 14, Colombia, pp. 558-569.
- Reyes, D. y Cabello, M. (2011). "Sexualidad y reproducción adolescentes: Un estudio sociocultural en un contexto urbano-marginal de Monterrey, Nuevo León, México". En *Sexología y Sociedad*, núm. 45, México.
- Riquelme, M. (2012). "Metodología de educación para la salud". En *Revista Pediatría Atención Primaria*, vol. 14, pp. 77-82. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000200011> (Consultada el 10 de mayo de 2022).
- Rodríguez, G., (2004). "Treinta años de educación sexual en México". En *Población, desarrollo y salud sexual y reproductiva*. México, pp. 13-28. http://diputadosprd.org.mx/libros/lix/salud_sexual_2004.pdf (Consultada el 5 de junio de 2020).
- Santos, J., Villa, J., García, M., León, G., Quezada, S. y Tapia, R. (2003). "La transición epidemiológica de las y las y los adolescentes en México". En *Salud Pública*, México, núm. 1, vol. 45, pp. 140-152.
- Scott, J. (1997) "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En *Lamas, M., (comp.), El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa, pp. 265-302.
- Secretaría de Salud (2010). "Lineamientos estratégicos para la promoción y el desarrollo de grupos de adolescentes promotores de la salud GAPS México". Primera edición, México, pp. 6-32. http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/adolescencia/Lineamientos_Estrategicos_GAPS.pdf (Consultada el 13 de junio de 2020).
- Secretaría de Salud (2011). "Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS)". En *Manual para la Promoción y el Desarrollo de Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud*. Primera edición, México, pp. 9-179. http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/adolescencia/Manual_Operativo_GAPS.pdf (Consultada el 07 de mayo de 2020).

- Secretaría de Salud (2014). “Programa de Acción Específico: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes”. En *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. Primera edición, México, pp. 1-94. http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/SaludSexualyReproductivaParaAdolescentes_2013_2018.pdf (Consultada el 20 de mayo de 2020).
- Secretaría de Salud, (2016a). “Servicios amigables de salud sexual y reproductiva para adolescentes” En *Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. Primera edición, México, pp. 127-133. http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/ModeloAISSRA/web_Modelo_AISSRA_8.pdf (Consultada el 15 de junio de 2020).
- Secretaría de Salud, (2016b). “Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS)”. En *Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia*. México, s/p. <https://www.gob.mx/salud/articulos/grupos-de-adolescentes-promotores-de-la-salud-gaps> (Consultada el 19 de junio de 2020).
- Secretaría de Salud (2017). “Programa Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes”. En *Plan anual de trabajo*. Ciudad de México, pp. 1-49. (Consultada el 15 de junio de 2020).
- Secretaría de Salud (2019a). “Salud Sexual y Reproductiva”. México, s/p. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/salud-sexual-y-reproductiva> (Consultada el 10 de junio de 2020).
- Secretaría de Salud (2019b). “Jornada Nacional de Salud Pública”. En *Servicios de Salud Pública*. México, s/p. <https://salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/jornada-nacional-de-salud-publica> (Consultada el 17 de junio de 2020).
- Secretaría de Salud (2020). “Lineamientos Generales para la Jornada Nacional de Salud Pública”. En *Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud*. México, pp. 5-7. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541275/Lineamientos_Generales_1a_Jornada_Nacional_Salud_Publica.pdf (Consultada el 10 de junio de 2020).
- Segura, L. (2011). “Educación sexual en educación básica”. En *Seminario: Día Mundial del embarazo adolescente*. Santiago, s/p.
- Seidler, V. (2002). “Transformando masculinidades: El trabajo, la familia, y la cultura”. En *Congreso Internacional: Los hombres ante el nuevo orden*. Instituto Vasco de la Mujer, Gran Bretaña, pp. 19-28.
- Silva, I. (2006). “La adolescencia y su interrelación con el entorno. España: Instituto de la Juventud”. En *Instituto de la Juventud*. España. [de:http://www.injuve.es/sites/default/files/LA%20ADOLESCENCIA%20%20%20entorno_completo.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/LA%20ADOLESCENCIA%20%20%20entorno_completo.pdf) (Consultada el 15 de noviembre de 2019)

- Soley, P. (2003). "¿Citaciones perversas? de la distinción sexo-género y sus apropiaciones". En *Maffia, D. (comp.) Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires, pp. 59-85.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). "Introducción a los métodos cualitativos en investigación". En *La búsqueda de los significados*. España, Ed. Paidós, pp. 100-132
- Terris, M. (2016). "Conceptos Básicos, Conceptos de Salud". En *Infraestructura verde sistema natural de salud pública*. Madrid, Mundi-prensa, pp. 102-109.
- Tizón, E. (2014). "Educación para la Salud". En *Evidenciaria, recursos Observatorio de Enfermería Basada en la Evidencia (OEBE)*. México, s/p. http://www.fundacionindex.com/blog_oebe/?page_id=100 (Consultada el 9 de octubre de 2019).
- Vance, C. (2002). "Normatividad y liberación del deseo". En Suplemento mensual de *La Jornada, Letra S*, s/n.76. México.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). "Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud". En *Archivos de Medicina Interna*, núm. 1, vol. 33, Uruguay, pp. 7-11. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf> (Consultada el 5 de octubre de 2019).
- Villa, G. y Jiménez, A. (2019). "Embarazo adolescente en México: un problema alimentado por la inequidad". En *El País*. https://elpais.com/elpais/2019/03/14/planeta_futuro/1552580422_784534.html#targetText=M%C3%A9xico%20tiene%20la%20mayor%20tasa,son%20de%20mi%20C3%Blas%20y%20adolescentes.&targetText=En%202017%20dos%20de%20cada,mujer%20menor%20de%2020%20a%20C3%Blos. (Consultada el 15 de noviembre de 2019)
- Villar, M. (2011). "Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención". En *Acta Medica Peruana*; Perú, núm. 4, vol. 28, pp. 237-241.
- Villaseñor, M. (2003). "Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes". En *Salud Pública de México*, vol. 45, Suplemento 1, pp. 44-57. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700008&lng=es&tlng=es. (Consultada 4 de diciembre de 2019)
- Walti, C. (2005). "Inicio de la vida sexual y reproductiva". En *Papeles de población*, núm. 11, vol. 45, México, pp. 143-176. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252005000300007&lng=es&tlng=es. (Consultada el 10 de mayo de 2022).

ANEXOS

Anexo Núm. 1

Cuestionario de selección de los informantes

El propósito de este cuestionario es conocer las características académicas de los y las profesionistas de la salud de la alcaldía Gustavo A. Madero. De antemano se agradecerá infinitamente su cooperación y honestidad en el llenado correcto.

Instrucciones:

Marque con una "X" la respuesta a cada pregunta en los casilleros como este () y complete en la línea lo que se le pide.

I.- DATOS PERSONALES

Nombre:

Edad: _____

Ocupación:

II.- FORMACIÓN ACADÉMICA

Llene el siguiente cuadro de manera completa y correcta:

Estudios	Institución
Técnico	
Licenciatura	
Maestría	
Doctorado	
Otro. ¿Cuál?	

III.- EXPERIENCIA EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LAS Y LOS ADOLESCENTES

1.- ¿En qué actividades para adolescentes usted ha colaborado?:

2 ¿Dónde se han impartido?:_____

3 ¿Ha impartido cursos, talleres y/o pláticas sobre salud sexual y reproductiva para adolescentes? _____ ¿En dónde? _____

Especifique brevemente cuáles, de qué manera y dónde:

Nombre del curso o actividad:	Actividades realizadas:	Lugar de impartición:

¡Gracias por su colaboración!

Anexo Núm. 2
Oficio de solicitud para el trabajo con grupo focal

Ciudad de México, a ____ de _____ de 2019.
ASUNTO: SOLICITUD PARA TRABAJO
CON GRUPO FOCAL

Ing. Luis Alberto Carrillo Cedillo
Director Institucional
Escuela Secundaria Técnica No. 71
P R E S E N T E

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted respetuosamente para solicitar su apoyo con la finalidad de que nos permita al C. Eduardo Peña Hernández y a la C. Sarahi Jazmín Reyes Landín, realizar trabajo de campo con un grupo focal integrado por estudiantes de la institución a su cargo; dicho grupo de estudiantes trabajó anteriormente con profesionistas de la salud llevando a cabo las actividades del programa llamado: Grupo de Adolescentes Promotores de la Salud (GAPS).

El objetivo es poder realizar una investigación en el marco del trabajo recepcional de titulación como licenciados en Promoción de la Salud, para saber de qué manera ha impactado la ejecución del programa "Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018" de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México, alcaldía GAM, con el propósito de evaluar y mejorar la ejecución de los programas dirigidos a la población adolescente y acrecentar el impacto de la promoción de la salud en dicha población.

Sin más por el momento, agradecemos de antemano la atención que sirva otorgar a la presente solicitud y aprovechamos la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

Mtro. Porfirio Miguel Hernández Cabrera
Director del trabajo recepcional y enlace
de la Academia de Psicología
Correo-e: porfirio.miguel.hernandez@uacm.edu.mx
Tel. 51349804 Ext. 18285

Peña Hernández Eduardo
Mat. 08-011-0714

Tesista

Reyes Landín Sarahi Jazmín
Mat.13-011-0902

Tesista

Anexo Núm. 3

Carta de consentimiento informado

Estamos realizando un estudio para conocer el origen y la ejecución del programa “Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018” de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México, alcaldía GAM, desde la perspectiva de la promoción de la salud, a fin de proponer líneas de intervención que generen un mayor impacto. Todo lo ello para la obtención del título de licenciatura en Promoción de la Salud en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, plantel Cuauhtémoc.

Solicitamos su valiosa participación en la investigación para ser entrevistada/o respondiendo a un guion de entrevista semiestructurada. Se puntualiza que su participación es voluntaria y que tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo, ni se obtiene algún beneficio. La información proporcionada será tratada exclusivamente con el propósito de realizar una investigación con fines académicos. Se garantiza que todos los datos proporcionados se mantendrán en anonimato y serán completamente confidenciales resguardando su integridad.

La entrevista será audio-grabada, con previa autorización de usted. La información obtenida a partir de sus respuestas en el guion de entrevista será analizada e interpretada solamente con fines académicos acorde con los objetivos del presente estudio.

Si está de acuerdo en participar y compartirnos sus experiencias sobre la ejecución del programa antes mencionado, por favor firme en la parte inferior de la hoja.

Autorización

Estoy de acuerdo en participar en el estudio, acepto que mis datos sean utilizados únicamente para los fines de la investigación, así como las publicaciones o presentaciones que se deriven del mismo.

Lugar y fecha:

Ciudad de México a ____ de _____ de 2019.

Nombre y firma de autorización:

Anexo Núm. 4

Guion de entrevista semiestructurada con los y las profesionistas en salud

La presente investigación en curso, tiene como objetivo obtener información acerca del programa “Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018” por medio de sus experiencias durante la aplicación de las actividades relacionadas con el programa, por lo cual es importante mencionar que:

- Sus datos personales serán tratados con total confidencialidad, resguardando su integridad, con la finalidad de que sienta mayor libertad al expresar sus opiniones.
- No existen respuestas buenas ni malas, la información que usted proporcione será clave para el enriquecimiento de esta investigación.
- De no entender a lo que se refiera alguna pregunta, siéntase con la libertad de hacerlo saber para que se le explique con mayor claridad y no se vean afectadas las respuestas.
- Para brindarle la atención que merece, se hará uso de una grabadora de audio a fin de no perder detalle en sus valiosas respuestas y posteriormente hacer un análisis de las mismas.

I. ADOLESCENTES

A) CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población adolescente?

B) PROBLEMÁTICAS ADOLESCENTES SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

2. ¿Cuáles son las problemáticas más comunes respecto a salud sexual y reproductiva en la adolescencia?

3. ¿Cuál es la percepción de los y las adolescentes respecto al ejercicio de su sexualidad?
4. ¿Cuáles son las conductas de riesgo en los y las adolescentes?
5. ¿Considera que lo antes mencionado se relaciona con otras problemáticas de carácter emocional y social?, ¿cuáles?

II. PERSPECTIVA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

C) PREVENCIÓN

6. ¿Qué es prevención?
7. ¿Qué papel juega la prevención en el programa?
8. ¿Cuál es la diferencia entre prevención y promoción de la salud?

D) PROMOCIÓN DE LA SALUD

9. ¿Qué es la promoción de la salud?
10. ¿Cuáles considera que son las aportaciones de la promoción de la salud al programa para adolescentes?

E) EDUCACIÓN PARA LA SALUD

11. ¿Qué es educación para la salud?
12. ¿Cómo se utiliza la educación para la salud en el programa?

III. PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

F) ORIGEN DEL PROGRAMA

13. ¿Por qué surge el programa salud sexual y reproductiva para adolescentes?
14. ¿Cuáles son los objetivos del programa?

G) PERSPECTIVA DEL PROGRAMA

15. ¿Con qué perspectiva sobre la salud se elaboró el Programa Salud Sexual y Reproductiva Para Adolescentes, en la alcaldía Gustavo A. Madero?
16. ¿Cómo se aplica la promoción de la salud en los programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes?
17. ¿El programa de salud sexual y reproductiva tiene una postura conservadora o liberal ante la sexualidad adolescente?

H) EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

18. ¿Cuáles son las actividades que se realizan en los programas para adolescentes respecto a salud sexual y reproductiva?
19. ¿Cómo responde el programa a las necesidades de los y las adolescentes?
20. ¿Qué son los “Servicios amigables” y cuál es su finalidad?
21. ¿Qué son los GAPS y cuáles son sus objetivos?

I) EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

22. ¿Cómo evalúan los resultados?
23. ¿Cuáles son los aprendizajes esperados durante la aplicación del programa en los y las adolescentes?
24. ¿Los y las adolescentes aplican lo aprendido durante el programa?

J) OPINIÓN SOBRE EL PROGRAMA

25. Como profesionalista, ¿cuáles son las líneas de acción que aplica para tratar estas problemáticas?
26. ¿Cuál fue su participación durante la aplicación del programa?
27. ¿Cómo considera que fue su desempeño durante el desarrollo del programa y por qué?
28. ¿Considera que las actividades del programa son las adecuadas para responder a las necesidades de los y las adolescentes?
29. ¿Cómo aplica el programa?
30. ¿Cuáles son sus herramientas?
31. ¿Le gustó su desempeño durante la ejecución del programa?

K) SUGERENCIAS

32. ¿Qué modificaría de los programas dirigidos a los y las adolescentes para que tengan un mayor impacto?
33. ¿Cumplió sus expectativas?
34. ¿Le gustaron las actividades realizadas durante el programa?
35. ¿Algo no le gustó del programa o no cumplió sus expectativas?
36. Como profesionalista de la salud, ¿cuáles serían sus propuestas para lograr mayor aportación positiva en la salud sexual y reproductiva de este grupo etario?

37. ¿Le gustaría agregar algo?

Anexo Núm. 5

Guion de entrevista semiestructurada del grupo focal con adolescentes

La presente investigación en curso, tiene como objetivo obtener información acerca del programa “Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018” por medio de tus experiencias durante la aplicación de las actividades relacionadas con el programa, por lo cual es importante mencionar que:

- Tus datos personales serán tratados con total confidencialidad, resguardando tu integridad, con la finalidad de que sientas mayor libertad al expresar tus opiniones.
- No existen respuestas buenas ni malas, la información que proporcionas será clave para el enriquecimiento de esta investigación.
- De no entender a lo que se refiera alguna pregunta, siéntete con la libertad de hacerlo saber para que se te explique con mayor claridad y no se vean afectadas las respuestas.
- Para brindarte la atención que mereces, se hará uso de una grabadora de audio a fin de no perder detalle en tus valiosas respuestas y posteriormente hacer un análisis de las mismas.

I. ADOLESCENTES

A) CONCEPCIÓN DE LA ADOLESCENCIA

1. Para ti, ¿qué es adolescencia?
2. Anteriormente, ¿qué idea tenías acerca de la adolescencia?
3. Actualmente, ¿qué características conoces sobre esta etapa?
4. ¿Estas características las notas en ti mismo/a?
5. ¿Ha cambiado tu idea sobre la adolescencia?, ¿por qué?

B) CAMBIOS FÍSICOS

6. ¿Cómo recuerdas que era tu cuerpo en la niñez?
7. ¿Qué opinas sobre los cambios que está teniendo tu cuerpo?
8. ¿Te gustan los cambios que suceden en tu cuerpo durante esta etapa?, ¿por qué?

9. ¿Qué dudas tienes acerca de los cambios de tu cuerpo?
10. ¿Qué haces para responder esas dudas?
11. ¿De qué manera te gustaría que se respondieran tus dudas?

C) CAMBIOS PSICOSOCIALES

12. Anteriormente, ¿cómo era la forma de relacionarte con las personas adultas?
13. Actualmente, ¿cómo es la forma de relacionarte con las personas adultas?
14. Anteriormente, ¿cómo era la forma de relacionarte con las personas de tu edad?
15. Actualmente, ¿cómo es la forma de relacionarte con las personas de tu edad?
16. ¿Con qué personas te sientes más cómodo?, ¿por qué?
17. ¿Qué dificultades tienes al relacionarte con otras personas?
18. ¿Qué cambios harías para poder relacionarte de una mejor manera con las personas de tu interés (amistoso, escolar, sentimental)?

D) CAMBIOS COGNITIVOS

19. ¿Qué recuerdas de tu forma de pensar en la infancia?
20. ¿Cuál consideras que es tu manera de pensar actualmente?
21. ¿Consideras que esta forma de pensar actual es la mejor?, ¿por qué?
22. ¿Qué problemáticas has tenido en esta etapa?
23. ¿Qué problemáticas sabes que tienen otros adolescentes?
24. Anteriormente, ¿cuáles consideras que eran tus prioridades?
25. Actualmente, ¿cuáles son tus prioridades?

II. SEXUALIDAD

E) COMPORTAMIENTO SEXUAL

26. ¿Qué prácticas sexuales conoces?
27. ¿De qué forma supiste acerca de estas prácticas sexuales?
28. ¿Cuál crees que es la edad para comenzar a tener estas prácticas sexuales?, ¿por qué?

29. ¿Qué experiencias sexuales crees que se deben tener durante la adolescencia?

30. ¿Conoces personas de tu edad que han tenido algún tipo de práctica sexual?

F) INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

31. ¿Qué infecciones de transmisión sexual conoces?

32. ¿Qué consecuencias físicas crees que provocan las ITS?

33. ¿Qué consecuencias emocionales crees que haya al contraer una ITS?

34. ¿Qué consecuencias en la relación con los demás crees que provoca tener ITS?

35. ¿Por qué motivos crees que los y las adolescentes contraen alguna ITS?

36. ¿De qué manera crees que una ITS afecta el proyecto de vida de un/una adolescente?

37. ¿De qué manera crees que se vea afectada la familia cuando un/una adolescente contrae alguna ITS?

38. ¿Qué harías si supieras que tienes alguna ITS?

39. ¿Crees que esa es la mejor forma de actuar ante esta situación?, ¿por qué?

40. ¿Qué le aconsejarías a alguno de tus compañeros/as si te enteraras de que tiene una ITS?

G) EMBARAZO ADOLESCENTE

41. ¿Qué sabes acerca del embarazo?

42. ¿Cuál edad crees que es la adecuada para tener un embarazo?, ¿por qué?

43. ¿Cuál es tu opinión sobre el embarazo durante la adolescencia?

44. ¿Quién crees que deba tener la responsabilidad de cuidarse para no tener un embarazo en esta etapa de la vida?, ¿por qué?

45. ¿Qué consecuencias físicas crees que provoca un embarazo en la adolescencia?

46. ¿Qué consecuencias emocionales crees que haya al tener un embarazo en la adolescencia?

47. ¿Qué consecuencias crees que tiene una chica al embarazarse a esta edad?

48. ¿Qué consecuencias crees que tiene un chico al embarazarse a esta edad?

49. ¿Qué consecuencias en la relación con los demás crees que provoca tener un embarazo a esta edad?
50. ¿Por qué crees que los y las adolescentes se embaracen?
51. ¿De qué manera crees que se vea afectada la familia cuando un/una adolescente tiene un embarazo?
52. ¿Qué pensarías si supieras que uno de tus compañeros/as tiene un embarazo?

H) MÉTODOS DE PROTECCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

53. ¿Qué son los métodos de protección y planificación familiar?
54. Menciona, ¿qué métodos conoces?
55. ¿Qué crees que es peor después de tener una relación sexual sin protección, un embarazo o una ITS?, ¿por qué?
56. ¿Por qué crees que siga existiendo tanto embarazo adolescente y transmisión de ITS a pesar de la información que existe de los métodos anticonceptivos?

I) DIVERSIDAD SEXUAL

57. ¿Durante el GAPS hablaron acerca de la diversidad sexual?
58. ¿Consideras que el programa dio información suficiente para la protección durante las relaciones sexuales sin importar las preferencias sexuales?

III. PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA GRUPO DE ADOLESCENTES PROMOTORES DE LA SALUD (GAPS)

J) EXPECTATIVAS DE LA PARTICIPACIÓN

59. ¿Recuerdas el programa GAPS?, ¿qué recuerdas de este programa?
60. ¿Conoces los objetivos del programa?, ¿qué opinas de ellos?
61. ¿Qué beneficios esperabas antes de participar en el GAPS?

K) APLICACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

62. Antes de participar en el GAPS, ¿sabías qué era promoción de la salud?
63. Actualmente, ¿qué opinas de la promoción de la salud?
64. ¿Cómo aplicas la promoción de la salud en tu persona?

- 65. ¿Cómo aplicas la promoción de la salud con tus amigos/as?
- 66. ¿Cómo aplicas la promoción de la salud con tu familia?
- 67. ¿Cómo aplicas la promoción de la salud con tu pareja?
- 68. ¿De qué manera aplicas lo que aprendiste durante los GAPS?
- 69. ¿Qué se te facilita más aplicar?, ¿por qué?
- 70. ¿Qué se te dificulta más aplicar?, ¿por qué?

L) REPLICACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- 71. ¿Realizas las actividades de compartir la información de promoción de la salud con tus compañeros/as?
- 72. Cuando realizas esta acción, ¿se aclaran las dudas de tus compañeros/as?

M) EVALUACIÓN Y EXPERIENCIAS DEL PROGRAMA

- 73. ¿Qué actividades te evaluaron en el programa y cómo las evaluaron?
- 74. ¿Qué experiencias te dejó el programa que puedes aplicar en tu vida diaria?
- 75. ¿Te ayudó participar en el GAPS?, ¿por qué?
- 76. ¿Crees que el programa ayudará a resolver problemas futuros de los y las adolescentes?
- 77. ¿Consideras que durante tu participación en los GAPS el programa disipó tus dudas sobre salud sexual y reproductiva?, ¿por qué?
- 78. ¿Se cumplieron tus expectativas al haber participado en el programa?, ¿por qué?
- 79. ¿Qué resultados se obtuvieron al finalizar las actividades?
- 80. ¿Se lograron los objetivos?, ¿por qué?

N) OPINIONES Y SUGERENCIAS

- 81. ¿Qué temas crees que son importantes y que hicieron falta tratar en la aplicación del programa?
- 82. ¿Qué actividad te hubiera gustado que pusieran?, ¿por qué?
- 83. ¿Qué sugerirías para mejorar el programa?
- 84. ¿Quieres agregar algo?

Anexo Núm. 6

Transcripción de la entrevista con el promotor de la salud

I. ADOLESCENTES

A) CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

1) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población adolescente?

Bueno, aquí, efectivamente, van variando del tipo de la zona donde te vas a encontrar, así como vas a encontrar chicos que van a acudir a escuelas privadas “particulares”, como [también] familias que ganan un sueldo básico, que apenas pueden llegar a que sus niños vayan a escuelas públicas. Entonces, también cuenta mucho la parte del nivel de adquisición, el nivel socioeconómico y el ingreso que obtienen por familia; [esto] se marca mucho en las zonas donde se encuentran. Como se comenta, las partes más hacia el centro de la alcaldía, como son: Lindavista, Malinche, Joya, son de un estatus, digamos, “medio-alto”. Y zonas como: Cuauhtepac, Pradera, 25 de Julio, Cuchilla Tesoro, se podría decir que son colonias de un nivel socioeconómico más bajo.

[¿Considera que se relacionan con el inicio de su vida sexual?]:

Sí, depende mucho también del tipo de estudios que tengan las personas; porque si son adolescentes que están trabajando, porque ya tienen una responsabilidad, una de dos: ya no tienen con quien dejar a los niños, o los dejan con sus padres, que también son padres jóvenes que tienen que salir a trabajar. Entonces, los niños se quedan desprotegidos y ellos buscan una afectividad; la afectividad la pueden encontrar con otras personas que sean mayores o de su misma edad, y pueden iniciar su vida sexual más temprano, o se pueden someter a violencia y a violaciones; ahora sí que, por lo mismo de que están solos. Entonces, ya no hay una protección, ya no hay un cuidado bajo la tutela de los padres de familia, bajo un cuadro de hogar o de protección. Entonces, sí tiene que ver lo que es el trabajo con el inicio de la vida sexual más temprana; se va a inducir ya sea por los mensajes de

televisión, de radio, o por las pláticas que tienen en las escuelas con los chicos, o toda esta información que se les está dando; porque a veces, también uno de los errores de las escuelas o instituciones es que, se bombardea directamente sobre sexualidad y se pierde la noción de prevención: “ya sé que me tengo que proteger, ya sé que me tengo que proteger”, de tanto que ya están bombardeados, ya no lo toman con responsabilidad, sino [como] “algo que tengo que hacer, que me obligan a hacerlo y que me obligan a escucharlo”. Entonces, puede influir a que tengan un embarazo o una enfermedad a temprana edad; la otra parte es porque quedan solos, sin ninguna protección, [o] vigilancia, ya que cuando ambos padres tienen que salir, los chicos se quedan solos. Entonces, ¿qué hacen?, bueno fuera que estuvieran jugando, o haciendo sus deberes, pero a veces ellos buscan una relación de amistad y empiezan a involucrarse, si bien les va, con “chicos bien”, que no son “maleados”, que no les gusta tener ninguna complicación, que se la quieren “llevar tranquila”; pero, cuando [a] esos chicos les gusta hacer *bullying* o hacer cosas para poderse “destrampar”, ahí vienen las consecuencias.

B) PROBLEMÁTICAS ADOLESCENTES SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

2) ¿Cuáles son las problemáticas más comunes respecto a salud sexual y reproductiva en la adolescencia?

Aparte de la violencia, la busca de cariño, nada más... Es lo único que puedo agregar. A veces por estar tanto tiempo solos, o porque el núcleo familiar empieza a desmoronarse; por lo mismo de que actualmente, por ejemplo, chicos que tienen una relación a más temprana edad, o un embarazo a más temprana edad, es porque sus padres casualmente son más jóvenes; no es como una ley, pero estos [los padres] se empiezan a desprender de los chicos a más temprana edad porque ya no hay interés de cuidado, o por el simple hecho de no molestarse, o por no tener algún conflicto con ellos: “Te doy todo lo que necesitas para que no me provoques conflictos a mí”, y se pierde el respeto de tener un padre, se ven como iguales. Entonces, al verse como iguales, es como si fuera tu “amigo”, ya no hay una

comunicación entre ellos. Creen [las y los adolescentes] que al tener una pareja que los “tolera”, que los “comprende”, es como una forma de tener una familia, por eso caen en estos errores de embarazarse a temprana edad.

3) ¿Cuál es la percepción de los y las adolescentes respecto al ejercicio de su sexualidad?

Es la forma de cómo hacen presión los estereotipos, de “cómo debes de ser”; bueno, ahorita ya hay más estereotipos. Entonces, si no has tenido una relación sexual “eres una persona tonta”; en cierta forma se dice que “no sabes vivir la vida, no sabes gozarla”; entonces, no son aceptados en un club, en un cierto “estrato social”. Entonces, “soy la persona que te puedo hacer *bullying*, te puedo maltratar, te puedo insultar”, por lo mismo de que no has experimentado tu vida sexual. Anteriormente, era así como un tabú de: “¿Por qué vas a experimentar tu vida sexual?, ¿por qué te estás tocando?, ¿por qué te estás masturbando?, eres una persona enferma”, así se veía antes. Ahora, si no has ejercido tu sexualidad, también eres una persona “enferma”: “¿Por qué?, ¿no puedes?, ¿eres un mojigato? o ¿te faltan pantalones para realizarlo?”, Y la gente no te quiere, y eso puede provocar depresiones graves que también se pueden reflejar en las acciones de los chicos; se pueden volver violentos, o depresivos, y llegar hasta el suicidio.

[¿Usted considera que hay alguna distinción entre hombres y mujeres respecto a este tipo de cuestiones?]:

Sí, aparte, acuérdense de que todavía se sigue considerando [que] el hombre, entre más joven tenga relaciones sexuales, es más “distinguido” más “respetado”. Aunque se escuche absurdo, hay un dicho que dice que: “El hombre debe tener a su novia, a su amante, a la otra amante y a un hombre”, son comentarios “machistas”, pero es para medir la “hombría”, según esto. Actualmente, ha cambiado un poco, ya no sólo los hombres han ejercido más su sexualidad, sino también las mujeres buscan ejercer o igualar el número de relaciones [sexuales] teniendo varias parejas. Pero también aquí surgen situaciones con los chicos y las chicas LGBT, ha habido acoso

y presión para [inducir] el ejercicio de la sexualidad de chicas con chicas, independientemente de no ser lesbianas, es una forma de iniciación donde les dicen: “No te va a pasar nada”, “No te voy a introducir nada” es como que “Te voy a cuidar tu virginidad”; se dan casos de chicas que fuerzan a otras chicas a tener relaciones con ellas. Al igual los hombres, se abren más a su sexualidad, pero no hay un hostigamiento entre hombres, no sé el porqué se lleguen a comportar así; a lo mejor porque a la mujer la han catalogado como “la mojigata”, como la que no se debe exponer, la que no debe hacer nada que no esté bien visto, o que no se puede parecer al hombre... A lo mejor por esto son más aceptables todavía las acciones de los hombres.

4) ¿Cuáles son las conductas de riesgo en los y las adolescentes?

Lamentablemente, están viviendo muy acelerados, ellos están pasando de una transición de niños hacia adultos, entonces quieren experimentar lo más que se pueda, quieren “comerse el mundo”. Entonces, comienzan las “adicciones sociales” que son el alcohol y el tabaco, comienzan a fumar y a tomar como si se fueran a acabar; eso provoca que pierdan la conciencia y que puedan ser violados, agredidos y los pueden hasta matar. Han llegado casos de chicas que, por estar en la fiesta, dejan sus bebidas, [gente malintencionada] les pone droga para dormir las, que pierdan la conciencia y así violarlas; [como repercusión] lo de menos sería el embarazo, pero terminan con una infección de transmisión sexual, como sífilis, gonorrea... Sería bueno que fueran sólo enfermedades tratables, lo malo es que cuando hay VIH, ¿cómo es tratable? ¿no?; lo peor de todo, es que no se dan cuenta, y siguen ejerciendo sus relaciones [sexuales] sin protección. Ninguno de los chicos que hasta ahorita he conocido, ¡ninguno!, ha utilizado condón, ¿por qué? ¡no lo sé!, y [aún] sabiendo que existen muchas maneras de protegerse; ellos tienen toda la información, conocen de marcas, pero no los utilizan.

La información que se les da es muchísima y ellos pueden manejarla hasta mejor que nosotros, pero al momento donde ellos tienen que utilizarlo [el condón], no lo hacen; yo podría decir: ¿por pena?, ¿por pena de comprar unos condones en la

farmacia?; no es [cuestión] de ir a comprar los condones... Ya tienen el acceso a los condones en los centros de salud; de hecho, las mismas empresas que se dedican a la venta de condones, ponen módulos para regalarlos dentro de las escuelas... [Entonces] ¿qué es?, ¿qué cabeza piensa más?, no creo que sea por sentir más placer, sino, más bien, esta parte de “no pasa nada”, “terminas afuera”, esa es la cuestión de ellos. Hay casos en los cuales las chicas ya no quieren tener relaciones sexuales vaginales, prefieren anales para conservar la “virginidad”, para no embarazarse.

[Entonces, ¿ahorita los chicos ya le tienen más miedo a un embarazo que a una infección?]:

Lamentablemente, ahorita los chicos utilizan como método de planificación familiar un ILE [sic]; una interrupción legal del embarazo], ¿qué va a pasar cuando deseen quedar embarazadas? ¡no se va a poder! Entonces, ahorita los chicos que quedan embarazados [sic] se aplican un ILE, y si no aprendieron la lección, a los tres meses comúnmente regresan. Lo mismo pasa con la pastilla de emergencia, que debe ser, como su nombre lo dice, “en caso de emergencia”, pero los chicos [sic] tienen relaciones sexuales y se la toman, vuelven a tener relaciones y se la toman; en vez de ayudarse se están perjudicando, están cambiando todo su ciclo y, efectivamente, en el momento que menos se enteren van a quedar embarazados [sic] o van a perder el derecho a poderse [sic] embarazar. El condón siempre ha sido un método en cierta forma noble y fácil de adquirir, creo que es uno de los métodos menos costosos, se puede cargar y utilizar en la forma que tú quieras. También tenemos otra situación, se les mandan los métodos de planificación como los implantes o los mirena [dispositivo intrauterino hormonal], pero no aguantan el dolor o tienen malestares y se lo quitan.

5) ¿Considera que lo antes mencionado se relaciona con otras problemáticas de carácter emocional y social?, ¿cuáles?

Una de las cosas importantes es que, anteriormente, un embarazo en adolescentes se veía un poquito más estigmatizado por el “que va a decir la sociedad”; y lo que actualmente se ve es que después de tenerlo, los padres [abuelos] le quitan la responsabilidad al adolescente al hacerse cargo de sus hijos [nietos], y se pierde el sentido de la responsabilidad, para que el adolescente siga con su vida normal en el ámbito social y en el ámbito personal. Eso repercute en que haya más embarazos a temprana edad, ocasionando que en algunas veces se repita el ciclo al embarazarse otra vez.

II. PERSPECTIVA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

C) PREVENCIÓN

6) ¿Qué es prevención?

Son acciones que se hacen antes de que salga la enfermedad y evitar que haya complicaciones de la misma.

7) ¿Qué papel juega la prevención en el programa?

Lo que dijo el doctor, no hay nada que agregar [ver Anexo Núm. 7].

8) ¿Cuál es la diferencia entre prevención y promoción de la salud?

Es el mejoramiento de tu entorno, es un empoderamiento hacia la información, hacia la adquisición; [la] promoción de la salud no solamente está enfocada a lo que es la enfermedad, sino a todo lo que es el ambiente, condiciones de vida, condiciones de trabajo, condiciones de armonía, entorno saludable, entornos verdes. Toda esa parte de: “Donde yo vivo, si me siento a gusto me va a generar salud; si mi núcleo familiar se encuentra bien y hay comunicación, se evitaría esta parte de embarazos a temprana edad y se evitaría que los chicos fueran adictos”; porque se haría una comunicación. No estamos hablando de enfermedad, estamos hablando de comunicación, empoderamiento y responsabilidades.

D) PROMOCIÓN DE LA SALUD

9) ¿Qué es la promoción de la salud?

Promoción es utilizar estrategias para informar y orientar a la población; es involucrarlos a acciones, lograr que la misma población busque acciones para el mejoramiento de su salud. La parte de prevención no se puede descartar, ya que se tiene que informar también acerca de las enfermedades. De hecho, entre promoción y prevención hay una línea muy delgada, por eso se confunde mucho, solamente que la promoción se enfoca más en la participación de la comunidad, que los mismos colonos o vecinos busquen el mejoramiento de su salud por medio de la vivienda, la seguridad, la educación, el trabajo. La prevención se enfoca a antes de adquirir la enfermedad, por medio de información y medidas específicas.

10) ¿Cuáles considera que son las aportaciones de la promoción de la salud al programa para adolescentes?

Las acciones de promoción de la salud para los adolescentes tienen una línea muy delgada hacia la prevención. Aquí las intenciones de estos programas de salud sexual y reproductiva son: que se eviten los embarazos a temprana edad, que se eviten las infecciones de transmisión sexual y que se evite la violencia en el noviazgo.

[¿Cuáles serían las acciones de promoción?]:

Serían los foros de salud sexual y reproductiva, entre otras, para fomentar una cultura de sexualidad; lamentablemente, el programa no alude a esta parte, solamente menciona la prevención de enfermedades. Desgraciadamente, tiene directrices muy específicas, entonces, básicamente el papel de [la] promoción de la salud sexual y reproductiva, se va más a la situación de prevención y hasta ahí se queda; pero promoción va más allá, es contemplar todo el universo que tiene que ver con la sexualidad y los medios de difusión, relación entre los chicos y la construcción de la familia; porque todo eso nos va a proporcionar los valores, la cultura del cuidado y del autocuidado. Lamentablemente, los programas van más

hacia la prevención, eso es lo único que no está bien fundamentado, porque la promoción se está viendo como prevención.

E) EDUCACIÓN PARA LA SALUD

11) ¿Qué es educación para la salud?

Es una herramienta de promoción de la salud; se trata de proporcionar información y las herramientas para que la misma población se pueda defender. En estos casos, adquirir protecciones para su salud; por eso es muy importante la educación para la salud.

12) ¿Cómo se utiliza la educación para la salud en el programa?

Sí, se utiliza en los programas mediante los foros de salud sexual y reproductiva, las jornadas de salud sexual y módulos de orientación. Se trata de dar la información sobre métodos anticonceptivos para la planificación [familiar], enfermedades de transmisión sexual y prevención del embarazo adolescente.

III. PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

F) ORIGEN DEL PROGRAMA

13) ¿Por qué surge el programa salud sexual y reproductiva para adolescentes?

El programa surge por el aumento de embarazos adolescentes y también porque hubo un dato curioso de que los adolescentes asistían menos a consulta. Recuerdo que, aproximadamente en el 2010, antes de que empezara específicamente el programa de “Adolescencia” y de “Salud Sexual y Reproductiva”, hubo un programa que se dedicaba a la distribución de condones mediante peceras [pequeños contenedores]; la intención era que el adolescente se acercara a los centros de salud y tomara condones sin necesidad de pasar a una consulta médica, porque se sentían agredidos y juzgados por ejercer su sexualidad. Entonces, era uno de los motivos por el cual los adolescentes no acudían a las consultas; de hecho, en esa ocasión estaba en la dirección de promoción de la salud e hicimos un ejercicio para

ver cuánto tiempo tardaba un chico para obtener una tira de cuatro condones, y el promedio era aproximadamente de tres a cuatro horas; en el momento de pasar a consulta era cuestionado, señalado, juzgado y todavía se burlaban del adolescente, por eso se les hace más fácil conseguirlos en la farmacia. Entonces, en ese tiempo empezaron a acercar los condones a los chicos para que no se embarazaran; de hecho, empezó a haber un montón de propaganda de sexualidad que decía: “Sin gorrito no hay fiesta”, “Niños cuidando niños”, “Piensa con esta cabeza”, “Utilízalo”; fue una campaña muy masiva. Ahora, con este programa de salud sexual y reproductiva, se pretendió retomar esta parte de las condoneras y hacer un programa más específico para la protección de los adolescentes; para una atención integral y valorarlos un poco más en cuestiones de estado de nutrición, psicológico, de salud y reproductivo.

14) ¿Cuáles son los objetivos del programa?

Uno de los objetivos es disminuir el embarazo en adolescentes, es el primordial; también disminuir las infecciones de transmisión sexual, la mortalidad materna en adolescentes y la violencia en el noviazgo. Existen dos programas, uno de “Salud Sexual y Reproductiva para el Adolescente”, y el otro es “Adolescencia”; el primero es de prevención en adolescentes, embarazo y todo lo que hemos estado mencionando; y el programa de adolescentes, es todo lo que conlleva la salud integral del adolescente. Hasta eso está dividido, no los están tomando como un conjunto y eso está mal, deberían ser salud integral.

G) PERSPECTIVA DEL PROGRAMA

15) ¿Con qué perspectiva sobre la salud se elaboró el Programa Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, en la alcaldía Gustavo A. Madero?

Es por una observación de la OMS, una instrucción que se da a nivel federal y, por lo tanto, como viene en el Plan Nacional de Desarrollo, se baja por localidades; por eso se aplica en la Ciudad de México. También por la parte de los derechos humanos, y la salud es un derecho humano.

16) ¿Cómo se aplica la promoción de la salud en los programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes?

Una es informar a los chicos acerca de su sexualidad y desarrollo [corporal]; también cómo ejercer su sexualidad, cómo prevenir embarazos y enfermedades de transmisión [sexual]; ¿qué actividades hacemos?, se hacen foros de salud sexual y reproductiva, y se hacen jornadas de salud. De hecho, hace dos años, cuando estaba a cargo del programa, se hacía la coordinación con escuelas para poder llevar foros y ferias de salud mediante la Semana Nacional de Salud del Adolescente. Mediante las semanas nacionales de salud se trata de ver la salud integral del adolescente mediante: cédulas de detección de cáncer, orientación sobre nutrición, detecciones de depresión y consejería de sexualidad. Con la delegación, se hicieron las coordinaciones para llevar módulos de detección, específicamente para la población adolescente, entregar material informativo sobre sexualidad, adicciones y de nutrición. Ahora, en la actualidad se siguen haciendo los foros de salud sexual y reproductiva, pero también ya se está dando información sobre la exploración de mamas. Esas eran las acciones de promoción, mediante educación para la salud.

[En los foros, ¿qué temas se les proporciona a los chicos?]:

En los foros se hace la intervención de las diferentes áreas que hay en la jurisdicción [sanitaria], como: salud dental, salud mental, cáncer infantil y adolescente, sexualidad, infecciones de transmisión sexual, prevención de embarazo; también se ha empezado a dar la exploración de mamas mediante talleres. Por medio de sensoramas, se les hacía cargar un peto que simulaba un embarazo, tenían que hacer sus actividades con ese peso extra, para buscar esa concientización de no embarazarse; también tenían los muñecos interactivos que lloraban sin saber el porqué, si los cargaban mal o bien, si tenían o no hambre, si hicieron del baño, etc.

También es importante mostrar a los chicos las alteraciones genéticas en los embarazos a consecuencia del uso de sustancias adictivas, y el tener una vida

sexual protegida sin altos riesgos. De hecho, algo que se puede hacer es darles la información constantemente, no bombardeándolos como se ha hecho últimamente, sino dar temas diferentes cada vez que salga un foro, o tener un tema específico dentro de su desarrollo académico; ya que estos programas, en vez de tener estrategias de educación para la salud adecuadas, lo que hacen es bombardear con los temas hasta agotarlos y no miden si hay algo que puedan cambiar o modificar en esas conductas.

17) ¿El programa de salud sexual y reproductiva tiene una postura conservadora o liberal ante la sexualidad adolescente?

El programa busca la disminución del embarazo en adolescentes, ese es uno de los objetivos planos, y se tiene que cumplir por medio de un informe: “Si en el mes pasado me mostrabas cuatro embarazos en adolescentes, en este mes me tienes que mostrar sólo dos”. Lo que se pretende es: evitar complicaciones, evitar mortalidad, evitar embarazos; lo que interesa es que no haya muertes, “porque no fuiste a consulta o por una ITS”, lo que interesa es que no se reflejen tantos números. Recuerden que el programa también va hacia la disminución de gastos, porque si se tiene un alto número de embarazos a temprana edad, se va a tener que gastar en ellos.

[El programa va enfocado a la prevención de adolescentes en un sentido heterosexual, ¿a las personas que gustan del mismo sexo se les enseña cómo deben protegerse?]:

Aunque ya se dio la igualdad de género y se está hablando sobre la diversidad sexual, finalmente, los programas están enfocados nada más a la [población] heterosexual. También se trata de qué tanto quieres disfrutar tu sexualidad; porque la intención de tener una relación sexual es saber disfrutar, tener placer; porque también buscar ese placer con responsabilidad te da condiciones de salud. Ya hay métodos anticonceptivos [sic] para relaciones homosexuales entre mujeres en las *sex shop*, pero la población no lo sabe.

H) EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

18) ¿Cuáles son las actividades que se realizan en los programas para adolescentes respecto a salud sexual y reproductiva?

Hay un equipo de Servicios amigables exclusivo para atender a los adolescentes, está formado por: médico, trabajador social, personal de enfermería, psicología y nutrición; esto es siempre y cuando los centros cuenten con este personal. Estas personas están capacitadas para atender y recibir al adolescente, porque finalmente es una consulta integral; se les dan las bases sobre las normas en las que tienen que apoyarse y las preguntas que tienen que realizar dentro de la consulta para que los chicos no se sientan juzgados. Entonces, la intención es hacer una atención integral y exclusiva para los adolescentes, pero debido a las condiciones con las que cuenta la sociedad y el sistema de salud, no es posible; ya que hay un solo consultorio para la atención de cinco consultas al día, pero no se logran, si bien nos va, esas cinco consultas las vemos aproximadamente al mes.

19) ¿Cómo responde el programa a las necesidades de los adolescentes?

Finalmente, cuando llegan las chicas embarazadas se les da la atención y se les da seguimiento, al final de cuentas no se le va a negar la consulta; en muchos casos, van para pedir orientación y consejería para ver qué método pueden utilizar; lamentablemente, ya llegan con el embarazo y, por otra parte, es a ver si regresan, no tanto por la atención del médico, sino que también buscan atención psicológica.

20) ¿Qué son los “Servicios amigables” y cuál es su finalidad?

Servicio amigable atiende la parte integral de la salud del adolescente, cuando se identifica [al adolescente] dentro de la unidad de salud, es cuando se canaliza al servicio amigable y aun así son muy pocos los que llegan para la atención del servicio. Como ya lo habíamos dicho, [acuden] a que se les dé consejería sobre: qué métodos [de planificación familiar] pueden utilizar, orientación nutricional, etc. Hay muchos adolescentes que todavía siguen desconociendo el servicio y una de las intenciones es atender al adolescente sin necesidad de que saque ficha, porque

es una población vulnerable y porque es difícil que acudan al centro de salud. Algo que hemos visto es que [el servicio] no funciona y solamente actúa en la mañana, cuando la mayor parte de los adolescentes tienen actividades; debería de tener ambos turnos.

21) ¿Qué son los GAPS y cuáles son sus objetivos?

Bueno, los GAPS son Grupos de Adolescentes Promotores en Salud, estos grupos tratan de buscar un equipo de más de diez adolescentes. Acuérdense que los adolescentes pueden ir de los 10 a los 19 años y se pueden crear [los GAPS] en el último grado de primaria, secundaria y hasta primer semestre de media superior. En este grupo de adolescentes, la intención es capacitarlos sobre temas de salud; bueno, esa era la primera intención; ahora es capacitarlos sobre sus necesidades en salud. El equipo que los va a capacitar [está conformado] por un médico y personal de enfermería, podría ser del mismo servicio amigable o de otro personal que tenga la disponibilidad de horario y también pueda ser empático.

La intención de capacitar a estos chicos, es que ellos sean “nuestros ojos” dentro de las escuelas o dentro de su grupo social; [buscando] que sean la voz que transmita y dé a conocer al resto de la población las necesidades propias de los adolescentes; y que puedan orientar, identificar y también canalizar hacia la unidad de salud; esa es la intención de los GAPS. Se tratan temas sobre problemas de violencia, atención sexual y reproductiva, adicciones y depresión; el objetivo es crear promotores de salud adolescentes.

I) EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

22) ¿Cómo evalúan los resultados?

Número de consultas, número de anticonceptivos otorgados, condones entregados, por primera vez y subsecuentes.

23) ¿Cuáles son los aprendizajes esperados durante la aplicación del programa en los y las adolescentes?

Ejercer su sexualidad responsablemente y consideramos que no se logra, ya que no se ha reducido el número de embarazos, al contrario, está subiendo. Por ejemplo, este programa de GAPS, es un grupo de promotores adolescentes, entonces, por lo tanto, debemos de trabajar en primarias, secundarias y media superior y ¿quién nos debería facilitar la entrada a estas instituciones?: la SEP [Secretaría de Educación Pública], pero la SEP, lamentablemente, a veces es muy cuadrada en sus temas y no permite introducir a otras instituciones a dar consejería. [Para el acceso] se debe pasar por una serie de filtros, aunque sea de institución a institución y están en su derecho; tienen que cuidar a su población. Pero ahora, cuando se hizo la modificación del plan de estudios, la misma SEP metió unos clubes que hablan de sexualidad, pero el problema está ahí, ya que la persona que está dando estos clubes de nutrición, sexualidad, violencia y prevención relacionados a salud, no es una persona preparada en temas de salud, sino que es porque tiene que cubrir los temas, aunque no cumpla con el perfil. Podrá existir un temario, pero como no cuenta con el perfil no sabe cómo darlo y se va a la primera información con la que se encuentra, sería bueno que fuera información de libros o notas informativas, pero muchas veces se va con información de internet y no todas las fuentes de internet son confiables, mucha de la información es falsa.

Si la Secretaría de Salud trabajara en conjunto y coordinación con la SEP, y si hacen este tipo de clubes, deberían de colocar personal que esté capacitado o que cumpla con el perfil para dar este tipo de temas. Ahí es donde nosotros prácticamente estamos haciendo los GAPS, capacitando al estudiante, capacitando a los adolescentes, para que ellos sean promotores.

24) ¿Los y las adolescentes aplican lo aprendido durante el programa?

No, eso se ve en los informes.

J) OPINIÓN SOBRE EL PROGRAMA

25) Como profesionalista, ¿cuáles son las líneas de acción que aplica para tratar estas problemáticas?

Si nos vamos a consulta, yo quitaría el consultorio exclusivo de Servicios amigables. Finalmente, todos los médicos están preparados para dar una consulta integral para el adolescente, entonces, no podemos decir que solamente un equipo es exclusivo para la atención del adolescente, está mal ese enfoque. De hecho, uno de los puntos de ese programa es que se pide que se capacite a todo el personal de salud y administrativo, que todos cuenten con la misma información, ya que todos tienen contacto con toda la población; desde el vigilante, hasta el [personal] de archivo.

26) ¿Cuál fue su participación durante la aplicación del programa?

Coordinarme con [las] escuelas y hacer jornadas de salud dentro de ellas, coordinarme con la delegación para hacer jornadas de salud masivas; ejecutar, recabar y concentrar la información de los programas; dar seguimiento a las jornadas, ferias y foros de salud. [Realizar] trabajo con la delegación para hacer cine-debate sobre: sexualidad, depresión y noviazgo; también dar a conocer los diversos programas que hay para adolescentes, que no sólo es salud sexual y reproductiva, sino también los signos de alarma para cáncer, cuidados de salud bucal, depresión y adicciones.

27) ¿Cómo considera que fue su desempeño durante el desarrollo del programa y por qué?

Lo único que yo te puedo decir es que traté de acercar los servicios lo más que pude y darlos a conocer; esa fue mi función, que los chicos pudieran conocer los servicios. No te puedo decir que yo lo hice todo bien, porque fue la coordinación y el apoyo de todas las áreas para dar información, y mi trabajo fue coordinar con las áreas la realización de las jornadas; entonces, tratamos de dar la información más específica y asertiva, para que los chicos la pudieran absorber.

28) ¿Considera que las actividades del programa son las adecuadas para responder a las necesidades de los y las adolescentes?

No, tratamos de hacer lo adecuado.

29) ¿Cómo aplica el programa?

En el tiempo del 2015 al 2018, estuve como apoyo del programa de salud sexual y reproductiva para [la] adolescencia, las actividades fueron la coordinación con las escuelas y los responsables de las áreas [de salud], para llevar las jornadas, los módulos de orientación y prevención para la salud. A cargo del programa, las actividades fueron: la Semana Nacional de Salud del Adolescente; jornadas de salud masivas junto con la delegación y escuelas como bachilleres y secundarias; abriendo las puertas para que se creen los grupos de GAPS, y que se trabaje con ellos año tras año. Lamentablemente, con la modificación de la reforma educativa, se quitan las horas de los talleres y se convierten en clubes, donde se tratan temas de salud, y a nosotros “nos dan las gracias”; eso es un obstáculo en la formación de GAPS dentro de las escuelas.

30) ¿Cuáles son sus herramientas?

Finalmente, somos un equipo multidisciplinario, necesitamos de todos; yo, como responsable de promoción de la salud, necesito de las demás áreas para que me apoyen a abordar los temas enfocados a: sexualidad, salud mental, salud bucal, etcétera. Dentro de mis actividades se hace la coordinación, para llevar jornadas de salud y que nos acepten los temas; porque también debemos ver la forma adecuada para que el equipo de docentes y directivos acepten que se les den pláticas de sexualidad [a los alumnos], porque aún son muy cuestionadas; [preguntan] ¿a qué nos vamos a enfocar?, ¿al embarazo, a la prevención de enfermedades, al desarrollo humano?, etcétera. Entonces, se tiene que ser muy sutil para decir qué es lo que se va a trabajar y más cuando se trata de hacer detecciones de cáncer, VIH, entre otras, ya que es muy delicado porque son menores de edad. En dado caso de que se detecte a alguna persona que requiera atención, se le canaliza al centro de salud.

31) ¿Le gustó su desempeño durante la ejecución del programa?

Es un programa que tiene una gran responsabilidad, es bueno trabajar con los adolescentes porque aprendes la forma de cómo llevarles la información, tienes que buscar las palabras indicadas para que ellos te puedan responder. Puedo decir que a mí me agradó, traté de “sacar” el programa lo mejor posible para el beneficio de la población, pero también cubriendo los intereses de la institución y lo que se pedía para que el programa fuera viable. Entonces, al ejecutarlo y hacer las intervenciones con las instituciones y con los chicos, fue muy agradable y satisfactorio, porque luego recibes comentarios como: “Muchas gracias por todo”, “Muchas gracias por estar aquí”, “Lo necesitábamos”. En cuestión de resultados dentro de la institución, se trató de llegar a las metas establecidas, y por lo menos lo logramos en la formación de GAPS; se mantuvo en el tiempo en el que fui responsable.

[¿Cree que los indicadores de las metas sea una buena manera de evaluar el programa?]:

Se tiene que contemplar una meta, si esta meta no es alcanzable en el periodo de un año, quiere decir que programaste mal tu meta o que el programa no sirve, necesitas programar otra meta. En cuestión de formar GAPS, sí tiene su grado de complejidad, porque depende de la coordinación con las instituciones para que nos permitan una hora dentro de sus horarios escolares; entonces, no es cualquier cosa para lograrlo. En el centro de salud no se va a poder ejecutar el programa y nunca van a tener el tiempo necesario [los adolescentes], aunque se llegue a acuerdos dentro de su horario escolar; es mejor tener a la población estudiantil junta para poder aplicar los temas, a que ellos por si solos acudan a los centros.

K) SUGERENCIAS

32) ¿Qué modificaría de los programas dirigidos a los y las adolescentes para que tengan un mayor impacto?

Debe de haber mayor coordinación con [las] instituciones, en este caso la Secretaría de Salud y la Secretaría Educación Pública; porque a veces los programas están divididos y deberían de trabajar en conjunto; ya que cuando se trabajan de manera

dividida no se obtienen las metas esperadas y no tienen un gran impacto. Entonces, debe de haber mayor coordinación dentro de los programas e instituciones para tener mejores resultados. Además, no debería de haber un grupo exclusivo para atender a los adolescentes, sino que todos como personal estemos capacitados para atenderlos y lo debemos de hacer, ya que todos tenemos ese compromiso como servidores públicos y como personal de la salud, todo esto para hacer válido y proteger el derecho a la salud.

33) ¿Cumplió sus expectativas?

No, porque le hacen falta muchas cosas, mucha coordinación; porque si hubiera más coordinación como se menciona, de instituto a instituto, se vería reflejada la concientización de estos temas. También es importante el interés de los padres de familia, porque si no les interesa este tipo de capacitaciones para sus hijos, no puede tener un gran impacto. Aparte, tampoco se ve reflejado en las consultas, y si no se ve reflejado en consultas no tiene impacto, y si no tiene impacto no debe ser financiado; se tienen que elaborar programas que realmente tengan más impacto.

34) ¿Le gustaron las actividades realizadas durante el programa?

Las actividades que se realizaron con los jóvenes son muy buenas, me agradaron. El hecho de saber que los promotores [de los GAPS] que acudieron a las competencias de conocimientos se trajeron el primer lugar a la jurisdicción, es gratificante porque ellos como equipo y como promotores reflejaron su trabajo, [lo que indica] que sí han dado frutos sus capacitaciones y como jurisdicción, ganaron a nuestro favor. Es agradable, aprendes mucho de ellos, porque cuando trabajas con ellos piensas que siempre van a tener "esa mentalidad" y de repente los ves después de tiempo con otra mentalidad, es padre porque finalmente están aprendiendo algo nuevo.

35) ¿Algo no le gustó del programa o no cumplió sus expectativas?

El programa puede ser noble, al estar trabajando con los chicos llegas a aprender más de ellos y de cómo ven la realidad; a veces nos tenemos que volver empáticos.

El programa debe ser más enfocado hacia ellos, más comprometido; no solamente formar el grupo, sino darle un seguimiento adecuado para que sea más productivo. No sólo que se quede en papeles, datos o metas; debe ser más accesible, que no tengamos ese lazo roto [entre instituciones] ya que la falta de coordinación es la parte que más afecta.

36) Como profesionalista de la salud, ¿cuáles serían sus propuestas para lograr mayor aportación positiva en la salud sexual y reproductiva de este grupo etario?

Finalmente, las acciones no están mal, llevar la educación para la salud es muy importante porque tienes que formar a la población; todas estas acciones de los foros, de la prevención de embarazo, están bien, la situación es que no todo gira [en torno] al embarazo, no todo es infecciones de transmisión sexual, sino también hay que darle un poquito de: ¿Qué es lo que tú quieres?, ¿Qué es lo que quieres escuchar?, es pedir su opinión; porque si no, estamos cayendo en el mismo error de seguir bombardeando con la misma información, con los mismos temas y los aburrimos. Los nuevos GAPS [se refiere al toque informal que le dan los impartidores] son un poco más abiertos, porque los chicos priorizan los temas según sus intereses.

37) ¿Le gustaría agregar algo?

Yo me quedo con las acciones que he estado realizando; lo que necesitaría sería pulirlas y buscar nuevas estrategias en cuestiones de educación dentro de mi área.

Anexo Núm. 7

Transcripción de la entrevista con el médico

I. ADOLESCENTES

A) CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

1) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población adolescente?

Sí tiene que ver, de hecho, hay estudios, y nosotros lo hemos visto, como también los centros de salud, que entre el nivel socioeconómico sea más bajo, el inicio de la vida sexual activa es más temprana. Esto puede ser por muchos factores, desde el hecho de que no tengan una educación suficiente para [conocer] antecedentes gineco-obstétricos, o bueno, en este caso propiamente de la vida sexual. No tienen una formación lo suficientemente fuerte, como para no ser influenciados por el medio en el que se desenvuelven; o la otra, por aspectos psicológicos propios a este tipo de colonias, que tienen un nivel de marginación y, por lo tanto, esto hace que su pensamiento psicológico busque salir de ese medio.

B) PROBLEMÁTICAS ADOLESCENTES SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

2) ¿Cuáles son las problemáticas más comunes respecto a salud sexual y reproductiva en la adolescencia?

El problema de violencia que se da en los estratos socioeconómicos más bajos y, generalmente, violación o coerción; la otra es propiamente los embarazos en adolescentes, lo cual nos lleva a una mortalidad materna más alta; y la tercera es el repunte en las tasas de transmisión sexual más frecuentemente. Que, aunque no sea con tanto ímpetu, viene siendo el VPH (virus de papiloma humano) el de mayor incidencia, el cual, a largo plazo, se puede convertir en cáncer cervicouterino; claro, hay otras enfermedades de transmisión sexual que con el uso de antibióticos los vemos cada vez menos.

3) ¿Cuál es la percepción de los y las adolescentes respecto al ejercicio de su sexualidad?

Esto viene de varias influencias, desde el hecho del medio propiamente familiar, el medio escolar, el medio social en que se desenvuelven y los medios de comunicación. La edad de la adolescencia es una edad muy difícil en el aspecto de que están terminando una infancia y están entrando al mundo adulto, y se sienten presionados por todos lados: por los medios de comunicación, el núcleo familiar, el escolar y el social; cada uno de ellos dice: “Debes de hacer este papel, debes de cumplir con este rol” y, entonces, muchas veces se dejan influenciar por esa situación y empiezan con una vida sexual temprana en forma activa. Esto les ocasiona problemas desde que no terminen sus estudios hasta el hecho de que tengan embarazos a temprana edad e infecciones de transmisión sexual graves como el VIH o el virus de papiloma humano.

[¿Usted considera que hay alguna distinción entre hombres y mujeres respecto a este tipo de cuestiones?]

Sí las hay, lamentablemente tenemos dos tipos de presiones; por un lado, al varón se le presiona para que tenga relaciones [sexuales] a más temprana edad, por parte de la misma sociedad, no tanto de los padres, pero sí de los amigos, los vecinos, el mismo esquema o papel que venden los medios de comunicación, el clásico que [dice]: “El hombre es macho y la mujer es otra cosa”. En cambio, con la mujer aún tenemos ese tabú, de que “la mujer debe llegar virgen a su matrimonio”; sin embargo, las mismas amigas ya empiezan a ejercer influencia sobre las muchachas. Uno de los problemas es que ese mismo pensamiento hace que busquen parejas más grandes que ellas y, obviamente, las parejas tienen mayor experiencia y no van a buscar “un noviazgo simple”, sino que van a buscar relaciones sexuales.

4) ¿Cuáles son las conductas de riesgo en los y las adolescentes?

Realmente son muchas, hay una especie de broma o un dicho que dice: “El adolescente se considera un invulnerable, indestructible, inmortal y estéril”; es un pensamiento donde toman actitudes de riesgo, desde deportes extremos o actividades prácticamente suicidas como: abuso de sustancias (tabaco, alcohol y psicotrópicos), infecciones de transmisión sexual (precisamente por no tener relaciones sexuales protegidas) y embarazos a temprana edad.

[Entonces, ¿ahorita los chicos ya le tienen más miedo a un embarazo que a una infección?]:

Sí, lamentablemente ese es uno de los puntos que siempre se les comentó a las autoridades, de que se iba a terminar viendo como un método de anticoncepción [la ILE] y así los jóvenes lo ven, como que es un método de anticoncepción, cuando no lo debería de ser. Al final de cuentas, es un método invasivo, que tarde o temprano [si es utilizado en repetidas ocasiones] va a ocasionar daño al órgano de la mujer y complicaciones que van a llegar a que cuando realmente se quieran embarazar, ya no van a poder. Ni siquiera esperan el tiempo recomendado, que es de un año, para que tengan relaciones sexuales nuevamente, a fin de que el endometrio vuelva a formarse de forma íntegra; muchas veces sí se logra el embarazo, pero la situación es que aumenta el riesgo de que el niño venga con malformaciones. Con la pastilla de emergencia lo que termina sucediendo es que rompen su ciclo natural, al final no se dan cuenta ni cuándo es su periodo. La otra situación es que, si realmente no desean tener relaciones con condón, existen métodos para que no tengan embarazo, y si ya tienen una pareja estable, y deciden no embarazarse, pueden utilizar métodos anticonceptivos hormonales. Usualmente, piden el implante, ya que es mucho más cómodo, porque no tienen que exponer su intimidad, ya que se coloca en el brazo, y el efecto del medicamento dura alrededor de tres años; obvio, se debe tener cuidado desde el principio porque no tiene efecto inmediato, debe de pasar cierto tiempo antes de tener relaciones sexuales para que haga efecto y, lamentablemente, hay personas que tienen relaciones sexuales inmediatamente y pueden quedar embarazadas. Otra de las cosas es que no aguantan la molestia del

implante, se lo retiran; y entonces un método costoso, que en el sector privado les va a costar alrededor de ocho mil pesos y que aquí es gratuito, lo van a desperdiciar.

5) ¿Considera que lo antes mencionado se relaciona con otras problemáticas de carácter emocional y social?, ¿cuáles?

Tienen que ver los factores propiamente sociales: la influencia, la presión social y de forma cultural los propios medios. Nosotros estamos bombardeados mucho por la cultura norteamericana, en la cual tienen relaciones sexuales a muy temprana edad y [los y las adolescentes] piensan que se debe copiar el mismo esquema. Primeramente, se repiten patrones como casarse y ser padres jóvenes; segundo, hay una serie de abandono en los núcleos familiares, sobre todo en las regiones de menor poder adquisitivo, ya que los muchachos están solos; entonces, tienen inseguridad. Se ha visto que los mayores causantes de este tipo de problemas son los mismos familiares, ya que son los que abusan de la confianza de los padres y de la persona.

Por otro lado, también está la inseguridad, en este caso, como son colonias altamente vulnerables y altas en delincuencia, también son víctimas de este tipo de situaciones. Tiene mucho que ver el hecho de que un estrato socioeconómico bajo sea más vulnerable que un estrato socioeconómico alto.

II. PERSPECTIVA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

C) PREVENCIÓN

6) ¿Qué es prevención?

Es un concepto que se refiere justamente a evitar que algo se produzca; en el caso del sector salud, es evitar que una enfermedad o un grupo de enfermedades llegue a producirse. Por ejemplo, las vacunas; yo pongo una vacuna y estoy evitando que se produzca una enfermedad, por ejemplo: la rabia, el tétanos, etcétera.

7) ¿Qué papel juega la prevención en el programa?

Es el más importante, porque al final de cuentas en salud sexual y reproductiva las acciones de control, tratamiento y rehabilitación son muy pocas. O sea, en control me refiero a “Ya estás embarazada... te llevo tu embarazo a feliz término”; en tratamiento, si es una enfermedad de transmisión sexual, te doy antibióticos hasta el punto que puedas curarte de esa enfermedad, o por lo menos pueda tratarse, como el caso de VPH o VIH; y en el caso de rehabilitación, cuando ya hay secuelas, poderte reintegrar a tu vida lo más normal posible; pero esas son las medidas. Realmente, el papel de la prevención en la salud sexual y reproductiva es evitar este tipo de problemas: embarazos a temprana edad, no deseados, e infecciones de transmisión sexual.

8) ¿Cuál es la diferencia entre prevención y promoción de la salud?

Promoción son medidas encaminadas no solamente a prevenir, sino también a mejorar.

D) PROMOCIÓN DE LA SALUD

9) ¿Qué es la promoción de la salud?

La promoción es algo más global, está en favor a conseguir algo. La prevención puede ser parte de la promoción, pero no al revés; la promoción no puede ser parte de la prevención.

10) ¿Cuáles considera que son las aportaciones de la promoción de la salud al programa para adolescentes?

[No contestó].

[¿Cuáles serían las acciones de promoción?:

Tiene el enfoque de generar una cultura del cuidado de la salud, del aspecto reproductivo y sexual. Me refiero a “Yo voy a bombardear de mucha información al adolescente”, pero si yo quisiera prevenir, “ya voy a una medida específica” como es el uso del condón; o sea, aquí busco prevenir algo en específico; no en sí, una

cultura propia de lo que es la sexualidad. En cambio, la promoción se enfoca en toda la sexualidad y no sólo en el acto sexual, sino todo lo que conlleva propiamente la forma en como una persona va a tener contacto con el medio social y natural. Al Estado lo que le importa es reducir el número de enfermedades y los embarazos no deseados; a fin de cuentas, eso significa un gasto para el Estado, pero la promoción es hacer una cultura de todo esto.

E) EDUCACIÓN PARA LA SALUD

11) ¿Qué es educación para la salud?

Es un concepto bastante amplio, desde el punto de [la] educación, porque una cosa es lo que hacemos en los centros de salud, que les damos la información a las personas y ya, no constatamos que verdaderamente haya un aprendizaje. El proceso educativo es de ida y vuelta; o sea, “Yo te doy un concepto y me retroalimento de lo que entendiste con tus ideas y tus creencias”, no puedo quedarme “sólo con la verdad”, sino con tus conceptos y lo que tu consideras correcto. Entonces, educar es ir influenciado las mentes de los seres humanos para conseguir un fin; pero no solamente se queda en influenciar, sino también en una reciprocidad y ver qué entendí de lo que ya está científicamente comprobado. Al final de cuentas, es lo que a ti te va a alimentar como ser humano; y en el caso de [la] educación sexual, va dirigida a esta parte de la vida del ser humano.

12) ¿Cómo se utiliza la educación para la salud en el programa?

[No contestó].

III. PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

F) ORIGEN DEL PROGRAMA

13) ¿Por qué surge el programa salud sexual y reproductiva para adolescentes?

Surge porque la OMS notó ese problema, sobre todo en los países de más bajo desarrollo, y solicitó a los miembros de la OMS que cumplieran con esta directriz de

dar prioridad a la salud sexual del adolescente; porque había muchos adolescentes (no necesariamente en México, sino en otros países) que morían sin tener una consulta; debido a que las leyes restringían el acceso a los servicios de salud a menores de edad que acudían solos; o sea, que tenían que asistir con un tutor. Entonces, lo que hace la OMS es atender esa parte para que puedan tener una consulta sin necesidad de ir acompañados por un adulto. Sin embargo, el problema es que los adolescentes no están conscientes de eso, y siguen sin ir a los centros de salud o a las clínicas independientes para su atención. Se cambiaron las leyes y el problema permanece; después [las adolescentes] regresan, pero embarazadas y la muerte materna sube.

14) ¿Cuáles son los objetivos del programa?

Nos hemos estado dando cuenta que los adolescentes acuden por la dotación de condones y nada más; no van por ITS, no van por embarazo, no van por otras infecciones, ni por vacunas, y siguen aplicando la de que “Nunca les va a pasar nada”.

G) PERSPECTIVA DEL PROGRAMA

15) ¿Con qué perspectiva sobre la salud se elaboró el Programa Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, en la alcaldía Gustavo A. Madero?

También pretende que sea inclusivo, es decir, que, a ninguna persona por etnia, razón social, preferencia sexual, etc., se le excluya de este programa.

16) ¿Cómo se aplica la promoción de la salud en los programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes?

[No contestó].

[En los foros ¿qué temas se les proporciona a los chicos?]:

Con todo lo antes mencionado, volvemos al problema; somos informativos, no estamos generando como tal una educación, porque no comprobamos que de verdad se haya quedado el concepto [en la población].

17) ¿El programa de salud sexual y reproductiva tiene una postura conservadora o liberal ante la sexualidad adolescente?

Una postura conservadora, porque al final de cuentas las directrices van enfocadas a un fin en específico, que es la delimitación de los embarazos en adolescentes. Yo no estoy promoviendo la salud sexual, lo que estoy promoviendo es evitar las complicaciones. La postura liberadora [sic] diría: “¿Sabes qué?, puedes hacer todo esto, pero no te embaraces”. Al final de cuentas, el programa no pretende evitar que “si recurres a la masturbación”, el resto de la sociedad te vea mal; por eso lo vuelvo a decir, la atención es conservadora y muy puntual. No le estamos diciendo lo que puede hacer o darle las condiciones en la que lo puede hacer, sino que le estamos diciendo “Esto no lo hagas y punto”; al final de cuentas, el programa no pretende quitar estigmas, pretende evitar complicaciones.

[El programa va enfocado a la prevención en adolescentes en un sentido heterosexual. A las personas que gustan del mismo sexo ¿se les enseña cómo deben protegerse?]:

Lamentablemente, no hay un punto enfocado a eso, el programa está enfocado a una relación heterosexual como tal; al final de cuentas, desde un punto de vista directivo, uno tiene que pensar en lo que es “la mayoría”. Hay métodos que se pueden ocupar para tener relaciones entre personas del mismo sexo, lamentablemente no están muy difundidos. Obviamente, nos preocupa menos el aspecto de que tengan una transmisión vertical [de madre a hijo] de infección de transmisión sexual, porque normalmente son muy pocas; a diferencia de la clamidia, la sífilis, que requieren de una penetración y del intercambio de líquidos; entonces, aquí podríamos hablar del chancro blando, del molusco contagioso, que son las que se pueden transmitir en este tipo de relaciones. En el caso de relaciones sexuales

entre varones, si es que hay lesión en el momento de la penetración, se pueden contagiar de hepatitis C, hepatitis B, VIH, entre otras.

H) EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

18) ¿Cuáles son las actividades que se realizan en los programas para adolescentes respecto a salud sexual y reproductiva?

La verdad es que está mal enfocado, volvemos al punto de la praxis médica, tienen que darle la misma calidad de atención, el mismo derecho de reserva [confidencialidad] a todos. Yo no le voy a contar al vecino lo que le pasó al adolescente, porque la ley lo protege en ese aspecto; además de que tengan la inquietud que tengan, sepan que pueden acudir con el médico y los tiene que atender sin juzgar ni regañar, debe de ser así, libre. Lo que yo veo mal es que los consultorios de Servicios amigables parecen ser más “la hora feliz” [sin actividad].

19) ¿Cómo responde el programa a las necesidades de los y las adolescentes?

Al final de cuentas, se quedan en trabajo social y ya no tienen una consulta formal. O sea, no sabemos si realmente fue efectivo el método que se les dijo, no sabemos si realmente le dan seguimiento, no sabemos si tuvo indicaciones o contradicciones, o si tuvo efectos adversos el medicamento [porque no pasó con el médico]. No se hace una consulta formal y no llegan antes [del acto sexual], entonces, ya deja de ser consulta al adolescente y se convierte en consulta para embarazada.

20) ¿Qué son los “Servicios amigables” y cuál es su finalidad?

La finalidad de un servicio amigable es dar atención oportuna en el momento en el que llegue un adolescente a solicitarlo y van enfocados precisamente a la atención de la salud integral del adolescente, principalmente salud sexual y reproductiva; pero no solamente se queda ahí, porque podrían tener otros problemas como: adicciones, violencia, etc. Lo ideal sería quitar esa parte de que haya un equipo exclusivo para este programa, y que cualquier médico disponible atienda cuando llegue el usuario en un horario mixto.

21) ¿Qué son los GAPS y cuáles son sus objetivos?

El objetivo específico es que identifiquen y canalicen al centro de salud los problemas encontrados en esa población.

I) EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

22) ¿Cómo evalúan los resultados?

Por el número de consultas que se llevan en los centros de salud de los Servicios amigables.

23) ¿Cuáles son los aprendizajes esperados durante la aplicación del programa en los y las adolescentes?

Lo que podría ser que falle es enfocar, porque se está trabajando aisladamente tanto en salud como en educación, tendría que trabajarse a la par esta parte para que también no solamente se informe, sino que se genere una cultura en ese aspecto. Debería de ser obligatorio como materia, porque así al menos algo van a aprender.

24) ¿Los y las adolescentes aplican lo aprendido durante el programa?

No, y ya lo hemos visto; porque si lo aplicaran, disminuirían los embarazos.

J) OPINIÓN SOBRE EL PROGRAMA

25) Como profesional, ¿cuáles son las líneas de acción que aplica para tratar estas problemáticas?

Lamentablemente, tenemos directrices a nivel superior, si nivel superior dice: "Tienes que hacer esto", tenemos que acatar la indicación; aunque nosotros demos que no son viables, la indicación está y la tenemos que seguir. Hasta que ellos hagan conciencia de que no está funcionando y digan: "Sabes qué, no está funcionando y ahora vamos a hacer esto". Lo que se puede hacer, es subir nuestras sugerencias con los directivos o los responsables y ellos a su vez, tienen el acceso para subirlo a nivel federal para que ellos también tomen conciencia de lo

que no está sirviendo. Por otro lado, es sensibilizar al personal de que no los regañen, que no los nieguen y que no los juzguen.

26) ¿Cuál fue su participación durante la aplicación del programa?

Básicamente era apoyo [logístico], única y exclusivamente.

27) ¿Cómo considera que fue su desempeño durante el desarrollo del programa y por qué?

Esa es una pregunta muy difícil, porque uno nunca debe de calificarse a uno mismo; uno tiene que esperar a que alguien más lo califique. Yo puedo entender y decir que puedo estar trabajando muy bien y no darme cuenta que tengo muchas deficiencias.

28) ¿Considera que las actividades del programa son las adecuadas para responder a las necesidades de los y las adolescentes?

Trabajamos con las directrices que ya tenemos desde nivel central, pero, honestamente, nos damos cuenta que no está funcionando de esta forma. Tenemos que aperturar [sic] y disminuir esa desconfianza de la población adolescente, para que puedan tener esa certeza de que se les va a atender en forma adecuada, amistosa y empática, sin importar el perfil del adolescente que esté al frente.

29) ¿Cómo aplica el programa?

Ya se abarcó con lo antes mencionado.

30) ¿Cuáles son sus herramientas?

Se debe proteger la salud y la seguridad de la persona, lo que se pretendería es comentar que existe el servicio en los centros de salud y que pueden acudir con toda confianza a realizarse cualquier procedimiento que sea necesario, dado el caso de que sea algo muy íntimo que los adolescentes necesiten.

31) ¿Le gustó su desempeño durante la ejecución del programa?

[No contestó].

[¿Cree que los indicadores de las metas sea una buena manera de evaluar el programa?]:

Todos los programas se tienen que evaluar por impacto, si yo veo que no está reduciendo el problema por el cual surgió, entonces es un programa que no sirve y se tiene que contemplar una meta.

K) SUGERENCIAS

32) ¿Qué modificaría de los programas dirigidos a los y las adolescentes para que tengan un mayor impacto?

Se tiene que trabajar primero a nivel superior y que haya coordinación con las dos principales secretarías, la de Educación Pública y la de Salud. Porque mientras no trabajemos en conjunto, va a ser muy difícil impactar en los adolescentes, pero esto sólo es como una sugerencia. Por un lado, que se ponga como una materia obligatoria porque *ok*, a lo mejor no aprenden gran cosa, pero por lo menos se van a quedar con algo. Por el otro lado, si no estoy viendo que se justifique el programa por productividad en los centros de salud, el dedicarle un solo recurso es un desperdicio. Por lo tanto, no sólo se debería de capacitar a un grupo, sino a todo el personal y sensibilizarlo para que sean empáticos y que no juzguen.

33) ¿Cumplió sus expectativas?

El programa no es malo, es muy ambicioso; el problema es que viene mal proyectado, ya que es exclusivo para una parte de los trabajadores que lo ejecutan y debería de abarcar a todos los trabajadores en salud. En este caso, sería mejor utilizar el recurso en crear una clínica exclusiva para adolescentes, se tendría mayor productividad y también se atendería de una forma empática, sin juzgar, sin regañar, sin pedir que el adolescente vaya acompañado de un adulto, porque, al final de cuentas, ¿cómo se espera reducir el embarazo? y ¿cómo se espera crear conciencia en ellos? si no se platica con ellos.

34) ¿Le gustaron las actividades realizadas durante el programa?

Sí, las actividades son bastante buenas, el problema es el enfoque que se les da. Para que tengan impacto deben ser frecuentes y en un mismo ambiente; lo que hemos visto en los foros de salud sexual y reproductiva, y en las competencias que se hacen una vez al año, es que la población se pierde porque al siguiente año ya es otra generación. Entonces, en ese momento fue lúdico y les gustó, y al siguiente año va a ser otro grupo el que reciba esto [las actividades], y ya no vimos si hubo una sensibilización o no.

35) ¿Algo no le gustó del programa o no cumplió sus expectativas?

Volvemos a mencionar lo del impacto, es un programa noble y no cuenta con una planeación adecuada, por lo tanto, no se genera el impacto esperado y esto, a final de cuentas, reditúa la mortalidad, principalmente materna, en adolescentes y en la población con infecciones de transmisión sexual, ya que no se está reduciendo este problema. Entonces, sería cambiar la planeación.

36) Como profesionista de la salud, ¿cuáles serían sus propuestas para lograr mayor aportación positiva en la salud sexual y reproductiva de este grupo etario?

Estaría bien priorizar los temas que ellos quieran, porque al final de cuentas es porque tienen una duda o una inquietud. A lo mejor a nosotros no nos gusta porque no manejamos el mismo lenguaje, pero hay que quitarles las ideas erróneas que tengan.

37) ¿Le gustaría agregar algo?

[No contestó].

Anexo Núm. 8

Transcripción de la entrevista con la médica

I. ADOLESCENTES

A) CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

1) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población adolescente?

Actualmente, ya vivimos en una sociedad donde la mayoría tiene padres divorciados, un nivel socioeconómico medio y bajo. Porque tenemos diferentes colonias en las que trabajamos, donde hay adolescentes que pueden vivir un poquito mejor o hay quienes viven en campamentos con un nivel económico muy bajo; el nivel de educación también es bajo, porque terminan muchas veces [la] primaria y ahí se quedan; y en su mayoría [el] nivel bachillerato, que es hasta donde concluyen. Otra cosa relevante es el nivel cultural bajísimo, donde no realizan actividades recreativas; si no tienen educación básica, no se van a dedicar a otras actividades, llámese deportivas, culturales, etc.

[¿Considera que se relacionan con el inicio de su vida sexual?]:

Sí, claro, muchísimo, porque ellos lo ven de una manera como “Tengo que hacerlo” y pues lo hacen de una manera ni razonada, ni por gusto y cero informada, como que es algo muy “Lo tengo que hacer ¿no?”, “Tarde o temprano lo voy hacer”, y actualmente se da ya en todos los niveles; entre más chiquito tengas relaciones sexuales más “hombrecito” eres. Entonces, su nivel de educación, su falta de valores de la familia, genera que los adolescentes inicien su vida sexual a muy temprana edad.

[¿En cuanto al sexo femenino?]:

Ahí viene otra, es lo contrario, entre más chiquita o más parejas sexuales [tenga], se le cataloga como [una] “cualquiera”. Vivimos en una sociedad donde se marca mucho el machismo, el hombre puede tener múltiples parejas sexuales, puede

iniciar su vida sexual en la edad que quiera, pero a la mujer se le considera una “cualquiera”.

[¿Incluso actualmente?]

Sí.

B) PROBLEMÁTICAS ADOLESCENTES SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

2) ¿Cuáles son las problemáticas más comunes respecto a salud sexual y reproductiva en la adolescencia?

En cuanto a problemáticas, la falta de información; en ocasiones, aunque tengan [la] información, el no saber hacer uso de ésta, genera [una] vida sexual desordenada con múltiples parejas, embarazos a temprana edad e infecciones de transmisión sexual, principalmente: virus de papiloma, sífilis e infecciones cérvico vaginales; que son las adolescentes que vienen con muchos problemas de ese tipo, principalmente la falta de información genera todo tipo de estas cosas.

3) ¿Cuál es la percepción de los y las adolescentes respecto al ejercicio de su sexualidad?

Lo mismo que comentábamos: “Mi compañerito, mis amiguitos ya iniciaron su vida sexual ¿yo por qué no tengo que hacerlo?”. Es como también quererse incluir en un grupo social, el sentirse “hombres”, el sentirse “los más machos”, el “Yo tengo muchas parejas sexuales”, “Yo ya tuve relaciones sexuales con tantos”. Y también [a] las adolescentes, se les cataloga como “¿Por qué iniciaste tu vida sexual?”, “¡Eres una cualquiera!”, y aun así ellas buscan [tener] más parejas sexuales. Entonces, yo creo [que] ellos lo perciben de ese modo.

4) ¿Cuáles son las conductas de riesgo en los y las adolescentes?

La falta de conocimiento de los métodos [y] o la falta de acercarse a solicitar un método. A pesar de que actualmente ya los pueden adquirir de cualquier forma y sin acudir al centro de salud con un papá y demás, es lógico que no van a querer

venir a formarse un rato para recibir una consulta y preservativos para iniciar su vida sexual. Entonces, inician con conductas de riesgo; para empezar, tienen relaciones sexuales en cualquier lugar, porque lógicamente no tienen muchas veces para pagar un hotel; se ven casos de relaciones sexuales en: bosques, calles, deportivos, escuelas, en un “rinconcito escondido” o en cualquier lugar en el que se encuentren. Ahí inicia el factor de riesgo; conductas riesgosas como: el no cuidarse, el tener relaciones sexuales con múltiples parejas, las fiestas llamadas “orgifiestas”, donde tienen relaciones con uno, otro, otro y otro, [con] “el que caiga”.

5) ¿Considera que lo antes mencionado se relaciona con otras problemáticas de carácter emocional y social?, ¿cuáles?

Pues sí, realmente el hecho de que tengan una vida sexual tan activa, no los hace “ser felices”, no los hace sentir del todo bien, de repente les llega la culpa, el “¿Qué hice?”, o si se enferman o embarazan entran en estados de confusión y depresión. Un adolescente dice: “Chin, ya tuve relaciones [sexuales], ya me embaracé y ahora ¿qué voy a hacer?”, y viene toda esta parte de lo emocional, ellos dicen: “¿Qué voy hacer?, ¿cómo les voy a decir a mis papás?, ¿lo quiero o no lo quiero tener?, ¿en qué va a cambiar mi vida?”. Entonces, todo lo emocional aquí se ve afectado: “¿Qué va a decir la sociedad, la familia?, ¿por qué ellos no han salido embarazados?”, Todo esto empieza a confundirlos emocionalmente.

[¿Cambian o modifican sus actitudes con la información?]:

Depende, porque en ocasiones sí muestran interés y sí llegas a notar que el adolescente te dice: “Pues me interesa saber cómo se coloca [el preservativo] porque voy a iniciar mi vida sexual en breve”; pero hay adolescentes que tú [les] hablas y es como si [le] hablaras a la pared, porque ni te hacen caso, ni te toman en cuenta. Pero te queda la satisfacción de decir: “Mínimo en algún momento se le quedará algo o la curiosidad de algo”.

II. PERSPECTIVA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

C) PREVENCIÓN

6) ¿Qué es prevención?

Es todo aquello que podamos hacer para evitar [algo]; son todas las medidas que se toman para evitar algún daño, alguna situación perjudicial.

7) ¿Qué papel juega la prevención en el programa?

Todos, nosotros como sector salud, deberíamos ser un nivel “preventivo”, cosa que ha cambiado muchísimo, porque actualmente nos hemos hecho un nivel “curativo”. Nosotros deberíamos de prevenir el hecho de infecciones de transmisión sexual, enfermedades crónico-degenerativas, embarazos adolescentes o embarazos no deseados; porque actualmente los embarazos no deseados ya no son nada más en adolescentes, también en personas adultas que dicen: “No me quería embarazarse”. El [nivel] preventivo en el programa específico de adolescencia, tendría que ser el hecho de informar en: la edad adecuada, de la manera adecuada y de una forma en que los adolescentes puedan llevarlo a cabo; aunque bien sabemos que puedo darle todas las herramientas que yo quiera, pero lo que no le interese, va a decir: “No me sirve”.

8) ¿Cuál es la diferencia entre prevención y promoción de la salud?

Es básicamente lo mismo, prevención y promoción son como términos que van de la mano; yo prevengo y promuevo el hecho de la salud, o sea, yo voy a darte las herramientas para prevenir, pero también te voy a enseñar cómo utilizarlas. No es como tal una diferencia, es como un conjunto.

D) PROMOCIÓN DE LA SALUD

9) ¿Qué es la promoción de la salud?

Fomentar las herramientas, su nombre lo dice todo. Promover las herramientas necesarias para la prevención, para la atención y todo de la salud.

10) ¿Cuáles considera que son las aportaciones de la promoción de la salud al programa para adolescentes?

En realidad, como te digo, prevención y promoción engloba todo; nosotros deberíamos de dar todas esas herramientas para prevenir, para promover que el adolescente pueda tener: un cuidado adecuado de su salud, un adecuado inicio de su vida sexual y una adecuada vida sexual activa; para prevenir las enfermedades de transmisión y los embarazos. Siento que van de la mano prevención y promoción.

E) EDUCACIÓN PARA LA SALUD

11) ¿Qué es educación para la salud?

Sus términos ¿no? Es igual la combinación de las actividades que se pueden realizar para poder llevar a cabo lo preventivo. La educación engloba todo, es como decir: “Yo voy a conjuntar mis conocimientos preventivos...”. En general, para poder impartir un conocimiento, debes llevar la información del tema, por ejemplo, en este caso sería la salud en el adolescente. En conclusión, es el conjunto de todas las herramientas para poder educar a la población en estos temas.

12) ¿Cómo se utiliza la educación para la salud en el programa?

Pues sí, englobando prevención, promoción; es que educación es como englobar lo preventivo, la promoción dar las herramientas; entonces, sí se utiliza en el programa, lo que se pretende es educar al adolescente, que el adolescente tenga esta educación para el tener las herramientas para poderlo difundir, que el alumno esté educado en la salud.

[¿Qué temas imparte?]:

A mí me gusta siempre platicar con los adolescentes en el sentido de... Sí, tenemos un temario, una guía y el orden que se debe llevar; pero de qué me sirve llevar ese orden, si yo le hablo al adolescente de “comer bien” el primer día y piensa que es un taller sobre su sexualidad, ya no me va a poner atención. Entonces, a mí siempre me ha gustado más el decirle: “¿Qué tema te interesa?, ¿qué tema te gustaría tocar a ti?”, para poder partir de ahí, y si yo le hablo del tema que le interesa, pondrá más

atención a los otros temas. Los temas que a mí me gusta darles son: embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual y métodos de planificación familiar.

III. PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

F) ORIGEN DEL PROGRAMA

13) ¿Por qué surge el programa salud sexual y reproductiva para adolescentes?

Se basa en estadísticas, si yo veo que incrementa el índice de adolescentes embarazadas, tengo que buscar cómo atacar ese diagnóstico o problema de salud pública.

No es lo mismo un embarazo planeado a uno no planeado, sabemos que, en uno no planeado, los adolescentes siempre van a decir: “Ah, es que estoy embarazada” y en lo que se lo dicen a los papás, en lo que lo confirman, en lo que se lo dicen a los otros papás y en lo que deciden acudir a una atención [médica], este embarazo ya pudo haberse complicado. A diferencia del [embarazo] planeado, que acuden desde la tercera semana de gestación a su cita de control. Aquí es donde se hace un problema de salud pública, porque se complica el embarazo [adolescente] y lejos de llevar un embarazo saludable (que ya lleva un riesgo), lo vamos a hacer un embarazo de alto riesgo que puede llevarnos a [la] mortalidad materna. Entonces, aquí es donde vamos a darle la prioridad al trabajo con este grupo adolescente, con la NOM. 047 el adolescente va a decidir si quiere recibir orientación sobre salud sexual; estamos hablando de un grupo de 10 a 19 años, porque el inicio de la vida sexual ha ido aumentando.

El embarazo más chiquito que he visto ha sido el de una niña de 11 años, donde tú dices: “¿No se dio cuenta qué estaba embarazada?”; ella seguía teniendo vida sexual activa y ella sólo decía que: “Se sentía rara”, cuando la mamá notó que [a] la niña le empezó a crecer el vientre, ella le preguntó ¿qué le pasaba?, ¿qué sentía?, y ella [la niña] le dijo: “Es que siento que traigo algo aquí”, y ya, jamás se percató de que era una vida; la llevaron a hacerse un ultrasonido y se dieron cuenta de que tenía un embarazo de seis meses. Siguió su vida normal y no se preocupó de: si

tenía un bebé completo, si tenía un bebé saludable, si comía de una manera adecuada para los dos, no se preocupó por tomar ácido fólico.

Entonces, es cuando te das cuenta de la importancia que tiene el llevar este tipo de programas a los adolescentes. Yo siempre les digo a los jóvenes: “Caras vemos, penes y vaginas no sabemos”; tú puedes llevar tu vida sexual con quien tú quieras, pero tienes que aprender a conocer, a ver si es un pene o [una] vagina saludable, y si no lo es, decir: “Me voy a cuidar, porque no quiero que eso que tiene ahí me lo pase a mí”. Entonces, ante todos estos problemas de salud pública, surge la necesidad de darle un auge, [el cual] tendría que haber sido importante desde un inicio; aunque tú puedes darle una bomba de información al adolescente, sólo tomará lo que le conviene o lo que quiere.

[¿Se relacionará con la cultura?]:

Sí claro, o sea, va relacionado con la familia, ¿qué pasaba anteriormente?, todos decían: “Es que antes nadie se enfermaba”, “No salían embarazadas”, pero como eran embarazos dentro de un núcleo familiar y aunque fueran adolescentes “no se veía mal”, porque era dentro del matrimonio. Ahora, ya nadie se quiere casar; y debido a que se rompió el valor de la familia, se embarazan, se juntan o casan por el civil, y [posteriormente] dicen: “Ya no me gustó, me divorcio, ahí está tu hijo, hazte cargo de él”. La familia ya no existe; actualmente, de diez adolescentes ya si acaso uno se quiere casar.

14) ¿Cuáles son los objetivos del programa?

Es fomentar en el adolescente el hecho de poder participar y cuidar su salud; y con esto llevar un estilo de vida saludable para poderlo difundir entre pares [de compañero a compañero], con la intención de que tengan las herramientas para que puedan construir con ello, un mejor estilo de vida.

G) PERSPECTIVA DEL PROGRAMA

15) ¿Con qué perspectiva sobre la salud se elaboró el Programa Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, en la alcaldía Gustavo A. Madero?

Con la perspectiva de valorar las colonias en donde vivimos; el hecho de ver las necesidades de nuestros adolescentes; el hecho de ver cómo está impactando en la alcaldía el problema de salud pública del embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual. El virus del papiloma humano ha incrementado muchísimo a pesar de la vacunación, y aún existe renuencia a la vacunación y a los métodos de planificación; hay papás que dicen: “No quiero que le enseñes a mi hijo a usar un condón, porque sería como fomentarle que inicie su vida sexual”. Entonces, creo que, ante todas estas necesidades, se viene a establecer un programa más fuerte de salud sexual en el adolescente.

16) ¿Cómo se aplica la promoción de la salud en los programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes?

Nosotros hacemos promoción a la salud, pero no tenemos el mismo enfoque que ustedes. Como, por ejemplo, el de ustedes se aplica a todo; en difundir las herramientas y los conocimientos, la información para que el adolescente las utilice y las promueva con los demás. Promoción es lo que hacemos todos, yo promuevo que uses “tal cosa” y promuevo que cuides tu salud; se aplica en general para que el adolescente cuide: su salud sexual, su peso, dieta, parejas sexuales, el inicio de su vida sexual y todo.

17) ¿El programa de salud sexual y reproductiva tiene una postura conservadora o liberal ante la sexualidad adolescente?

No es conservadora, ya que no sólo se habla de hombre y mujer; se habla de género, equidad, respetar la diversidad sexual y las diferentes parejas; es más liberal. Nosotros sí hablamos de homosexualismo [sic], lesbianismo, etcétera; se les habla con la orientación [y] el respeto hacia los demás.

[¿Se da información de protección para relaciones sexuales entre el mismo sexo?]:

Yo sí, yo les he enseñado a hacer la famosa “mallita de protección” para el sexo oral mujer-mujer, eso es algo que a lo mejor no cualquiera se los enseña, pero yo sí me he tomado esa libertad. Les enseñas porque ya no es lo que tú quieras o lo que tú visualices, es lo que ellos viven; entonces: “Tú lo decidiste, pues hazlo de una manera correcta con quien tú quieras”.

[¿Esto viene en el programa?]

No como tal, vienen métodos anticonceptivos y su uso, tiene un enfoque más heterosexual y también vienen temas de LGBT+.

H) EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

18) ¿Cuáles son las actividades que se realizan en los programas para adolescentes respecto a salud sexual y reproductiva?

En cuanto a las actividades sería no sólo hablarles de qué trata, sino de “Yo te lo explico, pero ¿tú lo entendiste?”, lo más importante es la retroalimentación. El hecho de decirle al adolescente: “Yo te puedo hablar y hablar de algo que yo ya me sé, hasta sistemático porque lo leí y lo leí, pero no sirve si no tengo una retroalimentación tuya”. Yo te enseñó cómo se pone el condón, pero si tú no me enseñas cómo se pone, pues no vas a entender”. Entonces, las actividades son: la difusión, prevención, promoción y retroalimentación.

19) ¿Cómo responde el programa a las necesidades de los y las adolescentes?

Considero que sí respondería, pero muchas veces ellos no le ponen la atención adecuada; sí respondería porque habla de “todos los temas”, pero muchas veces existe esta parte de que, el adolescente está ahí, pero te ignora. Sí abarca temas que serían importantes para el conocimiento; responden a sus necesidades de lo que “todos deberíamos de conocer o saber”, pero no lo toman en cuenta.

20) ¿Qué son los “Servicios amigables” y cuál es su finalidad?

Es un programa que surgió relacionado con la atención al adolescente, donde iba a ser recibido a la hora y en el momento que él llegara o en el que él quisiera. Es como les decía: “Un adolescente no se va a formar dos horas”; entonces, Servicios amigables surgen con la intención de que el adolescente pueda ser recibido en cualquier momento para responder a todas sus inquietudes. Su finalidad es que tenga información de una manera adecuada, sin que tenga que estar esperando tiempo, o este contra reloj porque a lo mejor la mamá no sabe que viene y [también] que pueda llevarse la información que él necesita.

[¿Los adolescentes acuden?]:

Sí acuden, pero aquí no es sede, en GAM hay siete sedes, y lo que aquí se hace es que llegan a archivo clínico y dicen: “Quiero un método”, y no tengo espacio, por lo regular lo pasan a servicio social o a mí, aunque yo no tenga consultorio trato de darle consejería. Se acercan poco, o sea, prefieren tener la condonera llena, llegar y decir: “Me llevo dos condones” a acercarse y preguntar: “Sí, ya agarré el condón, pero ¿cómo se usa?”.

21) ¿Qué son los GAPS y cuáles son sus objetivos?

Son grupos de adolescentes promotores de salud; ellos tienen que fomentar y aprender el cuidado de su salud para llevar un estilo de vida saludable; [buscando que] entre pares se transmitan esos conocimientos. Es lo que les decía a los papás: “Es más fácil que un adolescente le pregunte a otro adolescente cómo ponerse un condón, a que le pregunte a la mamá o al maestro”. Entonces, entre compañeros, pues qué mejor que tengan la información adecuada, de una persona que te inspira confianza.

I) EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

22) ¿Cómo evalúan los resultados?

En el sector salud no me gusta la manera en que se evalúa, tal vez porque primero te evalúan ante números: ¿cómo inicio tu grupo?, ¿cómo terminó?, ¿cuántas

sesiones diste?, ¿cuántas horas estuviste? y demás. Siento que para evaluarlos no es tanto los números o estadísticas; para evaluarlos debería ser como el GAPS pasado, que terminó con una feria de salud [en la cual] se pusieron módulos informativos, diez alumnos expusieron diversos temas y difundieron información, el resto [de los alumnos] se acercó [a recibir información]. Y tú [como profesional de la salud, te limitas a] participar como observador y, si no lo dice bien [el alumno], “intervenir”, así como para retroalimentar y fortalecer. Y aquí en la evaluación [de resultados] no te piden más que números.

[¿Considera que la salud sexual se relaciona con la salud integral?]:

Sí claro, es que abarcamos salud sexual y no es sólo que aprendas cómo poner un condón, sino a cuidar tu salud en general. ¿De qué te sirve poner bien un condón? si al final de cuentas no cuidas tu alimentación, peso, estado anímico, que te puede llevar a tener una depresión. Entonces, de qué te sirve llevar una salud sexual al cien, si no tienes una salud integral.

[¿Sería recomendable un análisis posterior a la impartición del GAPS?]:

Sí, claro, sí ayudan los números, pero sería padre regresar y decir: ¿Qué, de lo aprendido, es lo que tú estás aplicando?”, o “¿Qué de lo aprendido es lo que estás compartiendo con tus compañeros”, o “¿Qué te quedó?”, o “¿Qué fortaleciste?”

23) ¿Cuáles son los aprendizajes esperados durante la aplicación del programa en los y las adolescentes?

Lo que se espera es que lo apliquen, que, si ya decidieron iniciar su vida sexual, lo hagan de una manera responsable. Porque a lo mejor no se quedan con todo lo teórico que yo les doy, pero a lo mejor sí van a decir: “No voy a tener relaciones sexuales sin [usar] condón, con una pareja que no sea ‘la indicada’ o que no vaya a ser definitiva”. Mínimo, que se queden con algo para que ellos lo puedan llevar a su vida; eso yo creo que es lo principal. A mí me gustaría que supieran cómo utilizar todos los métodos, que si inician su vida sexual corrieran a un centro de salud a ponerse un método.

24) ¿Los y las adolescentes aplican lo aprendido durante el programa?

Realmente, con tantas actividades se les pierde el hilo a los adolescentes. Me encontré a una chica que salió del GAPS y me dijo: “Aquí estoy, ahora ya le enseñé a varias compañeritas cómo se utilizan los métodos y ya les dije que pueden acudir al centro [de salud] si quieren algún método; de hecho, yo quisiera ir a buscarla [a la médica] para ver si puedo ponerme alguno”. Quizá es uno en quince casos, porque a lo mejor también, entre las múltiples actividades, tú te pierdes y te quedas con la esperanza de que algo que tú les enseñaste lo lleven a la práctica; al menos ninguna de las [integrantes del] GAPS me ha llegado embarazada [al centro de salud]. Al final, los adolescentes no te ven como maestro, sino como amigo.

J) OPINIÓN SOBRE EL PROGRAMA

25) Como profesionalista, ¿cuáles son las líneas de acción que aplica para tratar estas problemáticas?

Tú aplicas todo en la vida diaria. Algo que a mí me llena como profesionalista es aplicarlo en el trabajo y poderlo utilizar con la familia. Si yo veo a un adolescente soy de las de [que dice]: “¿Ya iniciaste tu vida sexual?, ¿te cuidas con algo?”; y platicas con ellos, pero también lo aplicas con tu familia, es algo de lo que más me gusta hacer.

26) ¿Cuál fue su participación durante la aplicación del programa?

Me apoyaron muy poco, me aventé todo, desde el inicio hasta la clausura y mi participación es dar todos los temas y saber de todos los temas.

27) ¿Cómo considera que fue su desempeño durante el desarrollo del programa y por qué?

Considero que no fue tan malo, pero en ocasiones me gustaría que fuera mejor. No puedo dedicarme al cien a adolescentes, porque soy gestora de calidad aquí, coordinadora de atención médica, y mil y un cosas más cuando todo se acumula; pero considero que sí le tomé el tiempo que podía, tan sólo en preparar mis temas

y poderlos impartir. Algo que yo no considero tener es paciencia con los adolescentes y créeme que la desarrollas; aunque no lo quieras, aprendes que no le debes gritar para que te hagan caso, en ocasiones te igualas a ellos y te prestan mayor atención. Entonces, les encontré el modo y eso ayudó a que mi desempeño no fuera tan malo, la empatía ayuda; mucho personal [de salud] se cuadra porque no quieren hablar de su vida personal, pero esto ayuda a que se abran.

28) ¿Considera que las actividades del programa son las adecuadas para responder a las necesidades de los y las adolescentes?

Sí, considero esta parte porque si les hablas de más y más [temas] a los adolescentes, como que también llega un punto en donde se aburren. Considero que tienen buenos temas; obvio, no te enfocas sólo en el manual, hablas de tu experiencia y sobre tu conocimiento. Entonces, considero que sí tiene buenas actividades para responder a sus necesidades.

30) ¿Cuáles son sus herramientas?

Presentaciones, material didáctico y dinámicas. Realmente, se utilizan dinámicas que sí marca el manual y muchas otras tantas son dinámicas que hasta tú mismo puedes inventar. Ponerte a interactuar con ellos sin que sea algo marcado; lluvia de ideas sin tratarlos como niños chiquitos, es ir buscando lo que a ellos les interesa más.

31) ¿Le gustó su desempeño durante la ejecución del programa?

Sí y no, ya que en ocasiones no puedo meterme al cien en el programa; pero al final, cuando ves cierta confianza en ellos, cuando ves que la gente te busca y dice: “Yo me acuerdo de usted doctora”, ahí es cuando dices: “Algo bueno he de haber hecho” y es cuando viene lo gratificante para ti; no me desagradó [mi desempeño].

K) SUGERENCIAS

32) ¿Qué modificaría de los programas dirigidos a los y las adolescentes para que tengan un mayor impacto?

La atención adecuada y rápida al adolescente, ya que es un adolescente que no se va a esperar. Se lleva a cabo y no, porque en ocasiones no se lleva del todo... Modificaría que fuera cien por ciento estricta esa parte de que: "El adolescente reciba lo que necesita, más de lo que nosotros queramos darle".

33) ¿Cumplió sus expectativas?

Sí, sí me dejó satisfecha. Sé que se puede hacer más; me gustaría que no ocurriera que se pierda el hilo y me gustaría que los que inician no se salgan; ese sería mi objetivo.

34) ¿Le gustaron las actividades realizadas durante el programa?

No todas, hay cosas que dices: "No me gusta que sea tan 'cuadrado'", y te da la opción de trabajar con las actividades que tú quieras.

[¿Cuáles agregaría?]

Todo va surgiendo de acuerdo al desarrollo del tema y al tipo de población.

35) ¿Algo no le gustó del programa o no cumplió sus expectativas?

Pues que muchas veces se llega a romper la secuencia de los temas, por alguna situación ajena a nosotros. Mi idea es que sea continuo y que terminen la mayoría de los [adolescentes] que inician.

36) Como profesionalista de la salud, ¿cuáles serían sus propuestas para lograr mayor aportación positiva en la salud sexual y reproductiva de este grupo etario?

Darle seguimiento y no dejarlo como: "Ya terminó el grupo, iniciaron treinta, terminaron quince y me dieron sus informes", sino buscar en los adolescentes el hecho de: "¿Te sirvió?, ¿lo aplicaste? o ya vienes con tu panza de seis meses de embarazo". Que no se quede en: "Terminé el taller y ya, adiós", "Ya, papelería ¡bye!", o "Eres un número más..."; y que, en lugar de disminuir el número de embarazos, esté aumentando.

37) ¿Le gustaría agregar algo?

Agradecerles por tomar en cuenta a su servidora para proporcionar información, del poquito conocimiento y experiencia que tenemos de ello. Y qué bueno que se interesaron en estos temas.

Anexo Núm. 9

Transcripción de la entrevista con el enfermero

I. ADOLESCENTES

A) CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

1) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población adolescente?

Hay carencias de recursos; hay niños que, inclusive, no vienen bañados, les hago el hincapié del hábito de la higiene y dicen: “Es que no tenemos agua”, sobre todo en la colonia las Malvinas, que es una colonia de bajos recursos. A veces, aunque ellos quieran [ir aseados], no cuentan con los recursos. Existen situaciones de violencia intrafamiliar y contacto con sustancias ilícitas, por el medio en que viven; en una ocasión se acercó una niña con vida sexual activa, ya que me enseñó una prueba de embarazo negativa. Entonces, son niños que ya tienen varias situaciones [factores de riesgo], hay casos donde sus dos padres trabajan y, generalmente, llegan sin desayunar; seguido tengo niños con presión baja. Sí hay apoyo de la escuela, pero a veces es que no tienen los recursos, o, en caso de tenerlos, se les olvida [proporcionarlos]. Hay varias problemáticas [con los adolescentes] y se les canaliza a vulnerabilidad en la SEP por diferentes casos, como el de autolaceración.

[¿Se enteran del motivo de estas problemáticas de autolaceración?]:

Sí, generalmente las chicas [que] lo hacen, argumentan que lo comenzaron [a realizar] en quinto o sexto de primaria, porque lo vieron con la “compañerita” o en Facebook; hay otras niñas que me han dicho que porque tienen problemas en su casa, [como] violencia intrafamiliar. Ellas dicen que prefieren cortarse para “Sustituir el dolor que viven en casa”, “Por no sentir temporalmente un dolor emocional”; la autolaceración les desplaza o les evade su situación en casa.

[¿Consideras que se relacionan con el inicio de su vida sexual?]:

Sí, porque al no haber un modelo familiar que [les] genere confianza, ya sea porque los padres trabajan o porque hay violencia, el adolescente recurre a sus amigos, o a lo que tenga a la mano, para sentirse acompañado o para informarse. Generalmente, aquí tenemos dos mujeres perfectas que abrazan y “apapachan”, pero más que eso, orientan a las alumnas. Cuando ellas mencionan: “Ay, es que ya tengo novio”, “Ay, es que no sé qué”, yo las dirijo con ellas [las perfectas], porque “de mujer a mujer hay mayor confianza y comprensión”.

A la escuela llegan pláticas de salud sexual y de prevención de adicciones; viene el Centro de Integración Juvenil, Consejo Ciudadano y centro de salud, al igual que varias dependencias. Para esos temas de sexualidad, se les avisa a sus papás; el primer contacto es enfermería, después prefectura y ahí manejan las dudas que tienen; como también la doctora ha brindado métodos anticonceptivos y son las formas con las que apoyamos al alumno.

B) PROBLEMÁTICAS ADOLESCENTES SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

2) ¿Cuáles son las problemáticas más comunes respecto a salud sexual y reproductiva en la adolescencia?

Pues que no usan los métodos anticonceptivos a pesar de que los conocen. Bueno, al menos esta chica que nos trajo la prueba de embarazo, quiere decir que no los usó y [el resultado] salió negativo, yo creo que no coincidió con sus días fértiles.

Sí tienen información, pero les falta usarla; nos han proporcionado preservativos y una vez se los dimos a los adolescentes, pero terminaron jugando con ellos; entonces, no le dan el uso adecuado al material que se nos brinda. A mí se me han acercado y dicen: “Me puede dar un condón”, y yo le digo: “Sí te lo doy, pero dime el manejo adecuado, la fecha de caducidad, etcétera”; ya me explican todo el método y se los proporciono. Para eso se pide un permiso a los papás al inicio del ciclo escolar referente a: vacunas, pláticas de salud sexual y reproductiva, y dotación de condones; porque luego pueden pensar que uno los incita a tener vida

sexual, pero pues no, más que nada ellos, si se acercan conmigo, es por la confianza y por el acceso fácil a un condón; de hecho, los que aquí tenemos se brindan a los chicos que lo solicitan.

3) ¿Cuál es la percepción de los y las adolescentes respecto al ejercicio de su sexualidad?

En las niñas, el enamoramiento lo ven como algo muy ideal o muy utópico, como es su primer amor... Y en los varones es más la parte de satisfacción inmediata, no lo ven como un compromiso, sino nada más como una satisfacción de sus impulsos, por puro placer.

4) ¿Cuáles son las conductas de riesgo en los y las adolescentes?

El tener contacto con el alcohol o alguna otra sustancia ilícita; las señoritas se autolesionan; algún chico que empieza a fumar; y, más que nada, el entorno de estar cerca del [Colegio de] Bachilleres, como hay jóvenes de más edad, están más en contacto con drogas; y en cuestión sexual creo que como que muy pocos son los que llegan a tener actividad sexual. Es la inquietud de conocer, porque yo cuando les doy alguna plática de sexo sí están interesados en conocer del tema, pero les da pena acercarse a sus papás y a mí sí me han preguntado diversos temas de sexualidad y, obviamente, sí les respondo acorde a su edad y acorde a información científica.

5) ¿Considera que lo antes mencionado se relaciona con otras problemáticas de carácter emocional y social?, ¿cuáles?

Puede ser que por tristeza o por alguna violencia en casa puedan acercarse al primer novio, o a quien se le presente, y no puedan poner límites respecto a su vida sexual.

[¿Por qué, a pesar de la información, aún siguen teniendo prácticas de riesgo?]:

Por falta de límites en casa; porque no ven las consecuencias directamente; porque se confían en que no les va a pasar eso a ellos; porque todavía dependen de mamá

y papá, y no saben lo que es ganarse las cosas; entonces, lo ven todo como un juego y todavía no tienen esa madurez emocional ni física. Entonces, como saben que tienen derechos, ellos dicen: “Tengo derecho a la educación, a la salud” y les digo: “Claro que tienes tu derecho a la salud”, pero saben que de algún modo son intocables y que no pasa de un reporte: “No pasa de que le llamen a mi mamá, no me pueden expulsar porque tengo derecho a la educación”. Entonces, se aprovechan de sus derechos para no tener responsabilidades.

II. PERSPECTIVA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

C) PREVENCIÓN

6) ¿Qué es prevención?

Brindar la información necesaria para que la persona esté consciente de alguna situación y decida por sí misma el tomar o no tomar las responsabilidades de lo que haga; si yo me informo y me dan la información, yo sé lo que debo hacer, ya si no lo hago es responsabilidad mía.

7) ¿Qué papel juega la prevención en el programa?

Juega un papel importante, porque de algún modo a los chicos se les han brindado imágenes, diapositivas y pláticas. Recuerdo que la odontóloga les ha puesto imágenes del virus del papiloma en la boca, de lesiones de herpes genital; los chicos son más visuales, viendo en grande en la pantalla cómo sí es real lo que pueden sufrir, y más de una fuente fidedigna, se impresionan y dicen: “Ay no, mejor no”. Yo digo que, si les impacta más la imagen visual de las lesiones, “impacta más impactarlos”.

8) ¿Cuál es la diferencia entre prevención y promoción de la salud?

Prevención puede brindar la información de manera aislada como puede ser un periódico mural, un mensaje en televisión, en radio y pues ahí está; pero ya promoción es una acción continua y dirigida a cierto tipo de población.

D) PROMOCIÓN DE LA SALUD

9) ¿Qué es la promoción de la salud?

Son todas las acciones encaminadas para preservar y conservar la salud de un individuo y de una comunidad.

10) ¿Cuáles considera que son las aportaciones de la promoción de la salud al programa para adolescentes?

[No contestó].

E) EDUCACIÓN PARA LA SALUD

11) ¿Qué es educación para la salud?

Es una rama de la enfermería que se encarga de brindar conocimientos para mantener, conservar la salud de un individuo y también de una población.

12) ¿Cómo se utiliza la educación para la salud en el programa?

Sí, hubo varias pláticas, ponencias y actividades en donde se les transmitió a los chicos, por medio de lluvia de ideas y diapositivas, las enfermedades y sus consecuencias.

III. PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

F) ORIGEN DEL PROGRAMA

13) ¿Por qué surge el programa salud sexual y reproductiva para adolescentes?

Yo pienso que surge porque ha de haber un incremento de embarazo adolescente y de infecciones de transmisión sexual; ahora sí que la Secretaría de Salud debe llevar sus registros y debe decir que hay un repunte de chicas con embarazo adolescente. De hecho, también la SEP maneja un programa que son becas para madres adolescentes; y ¿por qué se dan estos programas?, pues porque existe la población que lo requiere; entonces, ven sus registros y ven que sí existe la problemática.

14) ¿Cuáles son los objetivos del programa?

Pues básicamente informarlos y capacitarlos acerca de todas las situaciones a las que ellos en determinado momento podrían enfrentarse; para que ellos, de alguna manera más consciente, puedan tomar una mejor decisión respecto a su vida y su sexualidad.

G) PERSPECTIVA DEL PROGRAMA

15) ¿Con qué perspectiva sobre la salud se elaboró el Programa Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, en la alcaldía Gustavo A. Madero?

Pues que haya equidad, igualdad, que vaya dirigido a toda la población sin ningún tipo de discriminación. Yo he detectado dos chicos homosexuales, entonces, también deben ser incluidos porque, a final de cuentas, también son comunidad [estudiantil] y necesitan la información. También tenemos chicos con capacidades diferentes (uno en silla de ruedas) o sea, también incluir la salud sexual en este tipo de chicos. Tenemos también una niña a la cual, según su mamá, le daba miedo el proceso de su período, ya que escondía sus toallas sanitarias; entonces, esos son los casos de niños con capacidades diferentes, a lo mejor la mamá no tiene los métodos de cómo informarle: "Mira, este es tu cuerpo, es parte de tu funcionamiento, no te espantes"

[¿Qué enfoque sería?]

Prevención y también educación para este sector en específico, porque esta niña tiene retraso mental, entonces, a lo mejor ella no entendía lo que estaba pasando con su cuerpo; pero a ella, por su mismo proceso emocional y mental, habría que explicarle de otro modo acorde a su edad mental.

16) ¿Cómo se aplica la promoción de la salud en los programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes?

Con imágenes. Como les estaba comentando, los chicos son muy visuales; con alguna dinámica que tenga que ver con música, o alguna otra que les llame mucho

la atención; porque si uno llega y empieza a escribir en una lámina, los chicos se empiezan a dormir, se aburren. Entonces, que puedan tocar, que puedan hacer la colocación del condón con sus propias manos; que ellos, así como en [el Museo del] Papalote, “lo experimenten”. Yo he visto varias pláticas que vienen a darnos y los chicos se están casi durmiendo; entonces, que sea muy interactiva la dinámica. También, ciertas imágenes que ellos puedan ver, como les decía: de herpes, de papiloma, que ellos puedan ver realmente a lo que se pueden enfrentar si no se cuidan.

[¿Qué temas se deberían de dar?]

Embarazo adolescente, interrupción legal del embarazo, sexualidad en niños con capacidades diferentes, abuso sexual, violencia intrafamiliar y también la inclusión de la diversidad sexual en cómo vivir su sexualidad.

17) ¿El programa de salud sexual y reproductiva tiene una postura conservadora o liberal ante la sexualidad adolescente?

Liberadora [sic], porque si se les censura, el chico difícilmente está aprendiendo a conocerse y aceptarse, y si luego se le censura, pues difícilmente va a pedir la ayuda. Entonces, tiene que ser incluyente, que vea que puede tener acceso a la información sin ningún tipo de temor o pena, simplemente decir: “Este es tu cuerpo, tú decides”; entonces, brindarte la información, incluirte sin ninguna restricción [sic].

H) EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

18) ¿Cuáles son las actividades que se realizan en los programas para adolescentes respecto a salud sexual y reproductiva?

Se utilizaron métodos anticonceptivos con modelos anatómicos, y los chicos mostraron interés, también hubo dinámicas de... Los chicos van casi casi para ganarse el condón, les hacen preguntas [y si responden] se ganan su condón o su gorra; si los chicos reciben un premio, de esa forma es como se sienten motivados. También aquí se realizó el Día Mundial del Cáncer Infantil y los chicos estaban

interesados en participar, o sea, los chicos de verdad sí tienen demasiada creatividad para poder hacer las cosas; si a ellos se les pide: “Pon esto, dibújame esto, haz un tríptico”, ellos lo desarrollan con todo lo que conocen, así se les queda el conocimiento.

19) ¿Cómo responde el programa a las necesidades de los adolescentes?

Les brinda información de la cual a lo mejor los chicos tenían cierta noción, pero de forma más completa, con especialistas [como]: doctora, psicóloga, odontóloga, etc.; o sea, tuvieron información fidedigna y completa, de esa forma contribuye GAPS. Se eligió a jefes y subjefes de grupos, o sea, fue una población variada, en la que iban a llevar ese mensaje, o lo que aprendieron, a sus demás compañeros. Ya que es más accesible decir: “Si a mí me da pena hacerle una pregunta de sexualidad, a mi mamá o al maestro, [entonces] me acerco a ti que eres mi amigo o jefe de grupo y que fuiste a GAPS”.

20) ¿Qué son los “Servicios amigables” y cuál es su finalidad?

No lo conozco.

[¿Del centro de salud no se les ha dado información?]:

Una vez me lo comentaron, cuando fui a la jurisdicción, que se podía llevar a cabo, pero no sé en qué consista y luego también aquí, por los tiempos de que los exámenes y las materias, pues es un poco difícil. Pero, bueno, sí se puede llevar a cabo, a fin de cuentas, cuando haya un grupo libre se puede incluir, pero sí estaría interesante conocerlo y llevarlo a cabo.

21) ¿Qué son los GAPS y cuáles son sus objetivos?

Sinceramente, no los conozco.

[¿Podría comentarnos cuáles fueron las actividades?]:

Yo recuerdo, en el auditorio, que se les pidieron revistas y ellos recortaban, hacían periódicos murales y se les dio un libro; ese material didáctico era para que ellos

tuvieran acceso a la información que les iba dando la doctora; primero les daban el tema, luego trabajaban en equipo, recortaban y plasmaban lo que ellos entendían, era teórico-práctico.

I) EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

22) ¿Cómo evalúan los resultados?

No me tocó ver, porque, les repito, luego a veces yo tenía que regresar por algún chico que se ponía enfermo y no podía presenciar toda la sesión.

23) ¿Cuáles son los aprendizajes esperados durante la aplicación del programa en los y las adolescentes?

Pues sí queríamos que ellos tuvieran más conocimientos de diversos temas que no son parte de las materias que llevan, pero sí dijimos: “Mira qué padre, podrán conocer más sobre sexualidad y van a poder conocer de temas de salud por especialistas”, la verdad a nosotros sí nos emocionó mucho.

24) ¿Los y las adolescentes aplican lo aprendido durante el programa?

Sí, yo pienso que sí, ya que ellos se llevan el conocimiento, a lo mejor algunos todavía son un poco inmaduros por su propia edad, pero sí conocen la información. De hecho, ellos luego me preguntan: “Oiga, la píldora de emergencia, ¿cuándo la debo tomar?” o “¿Hasta cuántos días y cuántas veces lo puedo hacer?”. O sea, los niños ya tienen el conocimiento y ya saben, nada más es reforzarlo. Por ejemplo: a mí cuando me preguntan, ya les explico: “No puedes estar usándola a cada rato, por eso su nombre ‘de emergencia’, porque si no se altera todo tu ciclo”; entonces, de repente hay que reforzarles todo lo que aprendieron.

J) OPINIÓN SOBRE EL PROGRAMA

25) Como profesionalista, ¿cuáles son las líneas de acción que aplica para tratar estas problemáticas?

Pues bueno, cuando yo detecto alguna situación de algún chico o chica vulnerable, pues sí se le habla al padre o tutor, porque, como son menores de edad, no podemos intervenir directamente; ya trabajo social se encarga de darles una canalización a psicología en caso de que lo requieran. Tuvimos el caso de una chica que presentó su prueba de embarazo negativa, entonces ahí le agradecí su confianza y le comenté: “Usted es menor de edad, y por ser menor de edad sí tenemos que avisarle a su mamá de esta situación, porque usted ya está teniendo vida sexual activa”; la mamá se enteró, y tuvimos que decirle a trabajo social y enfermería en privado (obviamente, respetando siempre su integridad [de la adolescente]), precisamente para orientarla y encausarla, para que lleve una vida sexual con las medidas preventivas adecuadas.

Como institución, lo único que podemos ofrecer es el apoyo psicológico y pláticas, ya el padre o tutor definirá, pues, si la menor continua o no esa actividad.

[¿Cuál fue la reacción de la mamá?]

Asombro, llanto y decepción, porque no es algo que los papás esperan; eso ha pasado también cuando se enteran de que hay uso de tabaco o de alguna sustancia [droga], porque dicen: (bueno, yo tratando de meterme a la cabeza del papá) “No puede ser que yo conviva con mi hija, que yo la bañe, que yo esté con ella desayunando y no me dé cuenta”. Sí es de tristeza también para los papás, es como el ajeteo del trabajo, de tantas actividades: “No me doy cuenta que mi hijo se lesiona o que mi hijo ya tiene vida sexual”; como que el mismo estrés laboral, la misma vida tan aprisa que lleva uno aquí en la ciudad, impide acercarte a esas cosas tan básicas.

[¿Cuál fue la reacción de la niña?]

Miedo, y decía: “No, por favor, no le diga, no le diga, mire le prometo que ya no...”, o sea, con mucho miedo, pero pues a fin de cuentas nosotros como institución sí tenemos que informar a los papás.

26) ¿Cuál fue su participación durante la aplicación del programa?

[No contestó].

27) ¿Cómo considera que fue su desempeño durante el desarrollo del programa y por qué?

[No contestó].

28) ¿Considera que las actividades del programa son las adecuadas para responder a las necesidades de los y las adolescentes?

Sí, son adecuadas a sus necesidades porque es lo que ellos están... a lo que ellos tienen duda, tienen muchas dudas de sexualidad; yo cuando he cubierto algunos grupos, por alguna situación, les pregunto: "¿Chicos, de qué quieren que hablemos?", y responden: "¡Sexo, sexo, sexo!", luego luego, es lo primero que me preguntan y cuando yo les hablo de depresión, de autoestima, de alimentación, del plato del buen comer... no me ponen atención; pero sólo les hablo de sexualidad y nada más están así, bien atentos. O sea, es increíble, hasta yo me quedé asombrado, cómo en cuestiones de sexualidad los chicos son muy atentos, les interesa demasiado conocer estos temas, pero pues sí hay que enfocarnos en eso.

29) ¿Cómo aplica el programa?

[No contestó].

30) ¿Cuáles son sus herramientas?

Yo, pues tengo aquí condón masculino, condón femenino, tengo un rotafolio que yo elabore y otros que me ha brindado la maestra de biología como: el dispositivo, la píldora y la inyección; ellos lo ven visualmente y también se los paso para que los palpén, los conozcan y vean la fecha de caducidad. Hay niños que no sabían que hay condón femenino; entonces, el que ellos lo toquen y lo vean, es la forma para hacer que pierdan ese miedo a acercarse a los métodos anticonceptivos. Porque a veces yo creo que es la primera vez que los ven y los tocan, porque la mamá o su familia no se los presentan, porque han de decir: "No, si se los presento es como ya

mandarlos a tener su sexualidad [vida sexual activa]”. Entonces, es muy importante que ellos tengan acceso visual y también interactúen con ellos.

31) ¿Le gustó su desempeño durante la ejecución del programa?

Sí, sí me gustó, me gustaría tener más material didáctico porque yo he visto algunos modelos [anatómicos], pero pues ahorita no tengo acceso a ellos. Pero a mi capacidad trato de darles lo mejor.

[¿Por qué considera que las niñas inician su vida sexual?]:

Pues yo creo que puede ser más por el enamoramiento o habrá una que otra porque tiene alguna situación de soledad o de depresión; entonces, llega el novio y pues le ofrece ese acompañamiento. Después, el chico si le pide “la prueba de amor” y cosas así, la señorita, para no perder esa cierta protección del novio o esa compañía, accede a lo que le propone.

[¿Por qué considera que las y los niños inician su vida sexual?]:

Tiene que ver más la cuestión hormonal; sus mismos impulsos, su deseo sexual, son los que hacen que lo lleven a cabo.

K) SUGERENCIAS

32) ¿Qué modificaría de los programas dirigidos a los y las adolescentes para que tengan un mayor impacto?

Material didáctico con el que ellos puedan interactuar; que haya módulos para todo tipo de sexualidad; como les repito, aquí tenemos y hemos tenido chicos con: parálisis cerebral, que usan silla de ruedas, con déficit de atención. Entonces, que haya programas acordes a todas las situaciones, porque la población en general sí tiene acceso a la información, pero sí hay que adecuar estos programas para los chicos con capacidades diferentes, de acuerdo a su comprensión y a su nivel puedan entenderlo. También porque pues puede darse el caso de que una persona malintencionada pueda querer abusar de ellos, y como ellos no conocen, pueden

creer que es un juego. [Para su mejor explicación] pueden ser dinámicas con títeres y juegos sobre la sexualidad, que digan: “No permitas que te hagan esto”.

33) ¿Cumplió sus expectativas?

[No contestó].

34) ¿Le gustaron las actividades realizadas durante el programa?

Sí, les interesaba mucho que vinieran; de hecho, se acercaban a enfermería y preguntaban: “Oye, ¿a qué hora van a venir?”. Yo los vi entusiasmados haciendo sus periódicos murales y actividades en equipo. Les gustó que vinieran y les dieran su gorra junto con una condonera de metal; el hecho de que a ellos les den material, hace que se interesen más y como que hagan más suya la información.

35) ¿Algo no le gustó del programa o no cumplió sus expectativas?

Hubo una vez que quedaron de llegar [los médicos], y de repente no llegaban, y los chicos así de... “¿No van a venir?”; eso hace que se pierda un poquito la confianza y la credibilidad de que, si ellos no llegan, los chicos se desesperan y pierden el interés. También, lo ideal sería que la doctora que inicia, sea quien termine [las sesiones del GAPS], porque de repente entiendo que por cuestiones propias del centro de salud no pueda venir, o manden a otra persona, y se pierde la comunicación o ese acercamiento, y retomararlo con otra persona es difícil.

36) Como profesional de la salud, ¿cuáles serían sus propuestas para lograr mayor aportación positiva en la salud sexual y reproductiva de este grupo etario?

[No contestó].

37) ¿Le gustaría agregar algo?

[No contestó].

Anexo Núm. 10

Transcripción del grupo focal con adolescentes

Presentación

Muy buenos días. Muchísimas gracias por su presencia, sabemos que es un gran esfuerzo pausar sus actividades para poder acompañarnos. Como el enfermero ya les mencionó, llevaremos a cabo una actividad llamada “grupo focal”, en donde ustedes nos aportarán sus opiniones, experiencias y sentimientos respecto a algunas preguntas que les vamos a realizar. La información que nos proporcionen será confidencial. Tomen en cuenta que para nosotros es muy importante su participación y que no existen respuestas buenas ni malas; si en algún momento no desean expresarse ante alguna pregunta o quieren abandonar la sesión, siéntanse en total libertad de hacerlo. Para entrar en confianza, les pedimos que se presenten utilizando un seudónimo, que nos compartan su edad y alguna actividad que les guste realizar.

Zayón: Tengo 15 años; me gusta jugar futbol, deportes y videojuegos.

Valeria: Me gusta la computación, también me gusta escuchar música y casi no me gustan los deportes. [¿Por qué?] Prefiero estar leyendo [¿Cuántos años tienes?] 15 años.

Marco: Tengo 14 años; me gusta el basquetbol y tocar la guitarra.

Valentina: Tengo 15 años; me gusta el basquetbol y escuchar música.

Alexis: Me gusta estar con mis amigos, convivir y los deportes también... 15 años.

I.ADOLESCENTES

A) CONCEPCIÓN DE LA ADOLESCENCIA

1) Para ti, ¿qué es adolescencia?

Marco: Es donde empiezas a darte identidad sexual, sobre tus gustos sexuales.

Alexis: La adolescencia es una etapa de la vida en donde sufres varios cambios, tanto físicos como emocionales, en tu propia persona.

2) Anteriormente, ¿qué idea tenías acerca de la adolescencia?

Zayón: Yo nada más sabía que era de una cierta edad a otra cierta edad, como de 12 a 15 años.

Marco: Una etapa, para mí nada más era una etapa, no sabía que había cambios.

Alexis: Una fase de la vida.

[Actualmente que ya son adolescentes, ¿qué piensan al respecto?]:

Zayón: Muchas cosas.

Marco: Pues pasan y aprendes muchas cosas durante esta etapa. Vas experimentando “muchas cosas”, bastantes.

Valentina: Me imaginaba esta etapa como “más tranquila”, sin tantos cambios de humor.

[¿Ustedes notan sus cambios de humor?]:

Zayón: Sí.

Valeria: Sí.

Marco: De bipolaridad, sí.

Valentina: Sí, se nota y se siente.

Alexis: Sí.

3) Actualmente, ¿qué características conoces sobre esta etapa?

Zayón: Siento que nosotros, por ejemplo: íbamos a la iglesia o hacíamos todo lo que nos decían nuestros papás al pie de la letra; y ahorita ya como que no quiero ir a la iglesia o que me manden mis papás o cositas así; [quiero] tomar mis propias decisiones y no que ellos tomen las mías. Yo así lo siento. [¿Entonces, en lo personal te gusta ser más autónomo, más independiente?] Sí me gusta, pero a veces siento que también lo necesito, porque luego me equivoco y “la riego”.

Valeria: Empiezas a cambiar tu pensamiento de lo que te habían dicho antes, por ejemplo: las ideas que te habían dado desde pequeño, las empiezas a cuestionar.

Marco: Quieres más libertad.

Alexis: La etapa del noviazgo.

4) ¿Estas características las notas en ti mismo/a?

Zayón: Pues sí, ya hemos madurado porque, por ejemplo: un día que no vinieron los de primer año, en el receso estaba todo calmado, todos estábamos platicando y así; y cuando llegan ellos, todos están corriendo, se ve mucho desorden. Entonces nosotros ya hemos cambiado.

Valeria: Físico... la menstruación.

Marco: Quieres correr cuando ni siquiera sabes caminar; crecimiento del vello facial y en partes que no sabía que iba a crecer. [¿Vello facial o vello púbico?] Vello púbico.

Valentina: El pensamiento y la forma de actuar. Es que a veces, como aún estamos en la adolescencia, en sí aún no hemos madurado al cien; y pues a veces uno actúa sin pensar en las consecuencias. O sea, siento que esa es la etapa de la adolescencia, porque actúas... como que ya quieres tomar tus propias decisiones, ser independiente y pues apenas estás aprendiendo.

Alexis: Empiezas a buscar tu propia autonomía y libertad de decisiones. La estatura y la voz.

[¿Cambios en cuanto a deseo sexual?]:

Zayón: Bastantes.

Valeria: Pues yo no he notado en mí, sino en mis compañeras, que se han preocupado más por eso... de tener relaciones sexuales.

Valentina: Yo ya hablé mucho ¿qué puedo decir?, como dice Valeria, otras chicas se preocupan más... “por eso”; tengo una amiga “que ya” [tuvo sexo], en una fiesta a la que fuimos todos. Siento como que se quieren adelantar a experimentar.

Alexis: Muchos, te empiezas a descubrir y te vas como autoconociendo, con lo que te gusta... [¿Te refieres a la masturbación?] Ajá, mmm pues sí.

[¿Sientes que sería adelantarse el hecho de tener relaciones sexuales en esta etapa?]:

Zayón: Un poco.

Alexis: Bueno, a lo mejor todavía no están tan desarrollados o aptos al cien por ciento; o a lo mejor no tienen información necesaria para poder practicar [relaciones sexuales] ni tampoco la madurez.

[Y ustedes con sus compañeros ¿cuál es la edad que vieron en la que empezaron a tener relaciones sexuales?]:

Zayón: Entre los trece y los quince. A los trece era uno que otro.

Valeria: Como a los trece.

Valentina: Se da más ahorita a los quince... a los quince [lo hace] la mayoría.

Alexis: A los quince.

[¿Han sabido de algún caso o conocido a alguien que se haya embarazado?]:

Marco: A mí me tocó ver en [el turno de] la tarde de esta escuela, a una chava embarazada. [¿En qué grado iba?] Primero... creo.

[¿Y casos de infecciones de transmisión sexual (ITS)?]:

Marco: Eso sí no.

Alexis: No.

5) ¿Ha cambiado tu idea sobre la adolescencia?, ¿por qué?

Zayón: Sí, es una etapa de muchas experiencias más que nada.

Valeria: Sí, es más de rebeldía.

Marco: Sí, el amor, la familia, el deporte, los actos sexuales...

Valentina: Sí, es una etapa chida.

Alexis: Sí, descubres muchas cosas que no conocías en todos los aspectos.

B) CAMBIOS FÍSICOS

6) ¿Cómo recuerdas que era tu cuerpo en la niñez?

Zayón: Sin granos en la cara, era gordito y chaparro.

Valeria: La estatura.

[¿Les gustan sus cambios?]:

Marco: [Prefiero] Sin vello púbico.

Valentina: Cambié mucho, yo no era así; los pechos, las caderas, la menstruación...

Alexis: [Prefiero] Sin granos en la cara.

[¿Les gustan sus cambios físicos?]:

Zayón: Sí.

Valeria: Sí.

Marco: Sí.

Valentina: Sí.

Alexis: Sí.

7) ¿Qué opinas sobre los cambios que está teniendo tu cuerpo?

Zayón: Estamos acostumbrados al cambio más que nada. [¿Por qué?] Pues porque después de cierto tiempo como que ya no te gusta cómo te ves, eso tiene que ver con los cortes de pelo; te los haces tantas veces que luego ya no te gusta cómo se te ve y te lo cambias.

Marco: Pues que, están bien.

Valentina: Que están bien.

Alexis: Que es favorable, porque se podría decir que, si te quedas en una forma definida para siempre, como que te ves raro.

8) ¿Te gustan los cambios que suceden en tu cuerpo durante esta etapa?, ¿por qué?

Zayón: Nada más en unos. Hay compañeros que no sé de qué grupo son, pero ya tienen barba.

Marco: No la tienen tan grande, pero ya tienen barba, de esa barba que te empieza a salir en segundo de prepa.

Valentina: El humor.

Alexis: El humor. Ajá, un chavo ya tiene barba.

9) ¿Qué dudas tienes acerca de los cambios de tu cuerpo?

Zayón: Ninguna, tengo información de las pláticas que me han dado mis papás.

Valeria: Ninguna, por la información.

Marco: No, ninguna.

Valentina: No, por la información.

Alexis: No, porque nos han dado bastante información sobre lo que pasa.

[¿Los papás hablaron con ustedes acerca de sexualidad y qué temas tocaron?]:

Valeria: Sí, sobre lo que puede pasar si no ocupas métodos anticonceptivos.

Marco: A mí, más que nada, sobre los cuidados al tener relaciones sexuales.

Valentina: Precauciones, más que nada eso y métodos anticonceptivos.

Alexis: Los cambios que uno va a sufrir en esta etapa.

[¿Cómo fue que sus papás tomaron la iniciativa para empezar a hablar de estos temas de sexualidad con ustedes?]:

Valeria: Yo en quinto o sexto de primaria, como ya empezaba a ver esos temas [de educación sexual] en la escuela, le preguntaba a mi mamá, por ejemplo: en las tareas que me dejaban o las exposiciones sobre “eso”, mi mamá me iba dando información sobre lo que podía pasar y así se fue dando el tema.

Marco: ¿El primer acercamiento?, pues habíamos terminado de comer y empezaron a platicar conmigo. Lo mío ya fue en la secundaria y me empezaron a platicar sobre métodos anticonceptivos, cómo me debo de portar ante una situación y, más que nada, "no hay fiesta, si no hay globito".

Valentina: Yo me acuerdo que la primera plática que tuve con ellos fue en sexto, porque “me bajó” y pues yo no sabía nada de “eso”; yo decía: "Ah sí, yo creo que, hasta la secundaria, y me bajó en sexto”, estaba en la escuela y fueron por mí. Mi mamá me empezó a hablar de los cambios [físicos], de las relaciones sexuales y sobre los anticonceptivos. Después, en primero de secundaria me dieron una plática aquí, sobre los métodos anticonceptivos y le conté a mi mamá; ella me empezó como que a dar más información y “todo eso”.

Alexis: También a mí, estábamos en la mesa y me dijeron: "Vamos a platicar", y me empezaron a decir los cambios que iba a sufrir, lo que me iba a pasar y sobre los métodos anticonceptivos.

[¿Y con ustedes hablaron papá y mamá?]:

Zayón: Los dos.

Valeria: Nada más mi mamá.

Valentina: Los dos. La primera vez nada más mi mamá, porque mi papá no estaba en la casa y ya en secundaria fueron los dos.

Alexis: Igual, los dos.

En las pláticas que les vienen a proporcionar sobre temas de salud sexual y reproductiva, ¿qué temas abarcan?:

Valeria: Las infecciones [ITS], el embarazo y tu futuro.

Marco: Métodos anticonceptivos, infecciones [ITS] y embarazo prematuro.

Alexis: Sobre qué puede pasar si no usas anticonceptivos, los riesgos que pueden causar, qué puede pasar cuando una mujer se embaraza y qué es lo que viene después del embarazo.

10) ¿Qué haces para responder esas dudas?

Zayón: Con mis primos, pláticas e internet. [¿Por qué con tus primos?] No sé, les tengo mayor confianza. [¿Son mayores que tú?] Sí, uno de veintiuno y uno de veinticinco.

Valeria: En mi familia es más común hablar de... “eso”, no es tan incómodo; y cuando iba en la primaria, las dudas que tenía sobre “eso” yo las preguntaba en la clase, por ejemplo: sobre infecciones [ITS] o los métodos [anticonceptivos].

Valentina: En internet... cien por ciento en internet. [¿Por qué no hay ese acercamiento con la familia?] Porque en mi familia... es algo complicado. Yo casi no les hablo a mis primos ni nada y con mis papás es incómodo. Entonces, busco en internet o pregunto a mis compañeros, aunque casi no les pregunto porque están igual que yo.

Alexis: Pues igual, con alguna persona de mayor confianza como mi papá; y buscando información en libros.

11) ¿De qué manera te gustaría que se respondieran tus dudas?

Zayón: Experimentándolo.

Marco: Que hubiera como un servicio de orientación sexual.

Valentina: Sí [como dijo Marco]. [¿Las pláticas responden tus dudas?] Estás de acuerdo que no vas a preguntar delante de tus compañeros, porque todos empiezan con: "No que, ésta ya [inicio su vida sexual]", y luego los profesores si se te quedan viendo [evidenciándote]. Tenía una compañera que una vez preguntó [sobre sexualidad]; una de las profesoras era su vecina y le fue con el “chisme” al papá... y después el papá [le preguntó a la chica]: "Es que, ¿para qué quieres saber eso?"; entonces, no te vas a exponer ante tus compañeros o ante los profesores. Tampoco puedo ir al centro [de salud] porque, en mi caso, yo no tengo tiempo; entonces, sería padre que en la escuela hubiera gente [capacitada] con la que puedas hablar, porque aquí es como que... vienes a enfermería y te dan agua en vez de darte

medicamento, les dices: "Me duele la cabeza", a lo que responden: "Toma agua"; "Me duele el estómago", "Toma agua"; "Me duele un diente", "Toma agua". Entonces estaría chido que hubiera aquí [en la escuela] alguien con quien hablar y así te da como que más confianza; sería más fácil que hubiera como un módulo, [en el cual] entres tú solo y digas tus dudas.

Alexis: Pues yo creo que la mejor forma sería con pláticas. Algo así como un módulo, como "Servicios amigables".

C) CAMBIOS PSICOSOCIALES

12) Anteriormente, ¿cómo era la forma de relacionarte con las personas adultas?

Zayón: Siempre va a ser más fácil cuando eres niño.

Alexis: Es que cuando eres niño aún hay esa inocencia de poder preguntar libremente.

13) Actualmente, ¿cómo es la forma de relacionarte con las personas adultas?

Zayón: Más directa, pero no fácil.

Valentina: Es como... en pensando qué puedes decir, porque si no ya comienzan a pensar mal; es complicado hablar con ellos.

14) Anteriormente, ¿cómo era la forma de relacionarte con las personas de tu edad?

Valentina: Son irritantes, todo el tiempo cambian de humor y son bien enojones. Cuando son chiquitos son más hiperactivos y cuando ves adolescentes, como que [están] todo el tiempo en el celular y te excluyen.

15) Actualmente, ¿cómo es la forma de relacionarte con las personas de tu edad?

Zayón: Mucho más fácil.

Valeria: En la primaria había niñas que estaban más desarrolladas que otras, y las que todavía no pasaban por esa etapa no entendían muy bien sobre la menstruación y cosas así; y cuando ya entras a la secundaria es más normal hablar de "eso". Yo como tuve mi menstruación a muy temprana edad, no es como que les iba a preguntar a muchas de mis compañeras, porque no sabían; pero ya en la secundaria todas habían pasado por eso.

Valentina: Mucho más fácil.

Alexis: Porque es la misma edad y hay veces que hay situaciones que las tienes en común con tu amigo y así hay esa confianza. [Como por ejemplo los] sueños húmedos, pueden ser que luego te quedes sorprendido, con un... ¿qué está pasando?; pero a mí ya me habían hablado de esto, de los sueños húmedos y se los compartí a mis compañeros. [¿Qué hay con los sueños húmedos?] Ah, pues... puede ser que luego te quedes en *shock* sobre lo que está pasando con tu cuerpo. [Cuando te pasó la primera vez, ¿te quedaste en *shock*?] No, porque a mí ya me habían hablado de eso mis papás, pero pues, por ejemplo, con mis amigos no.

16) ¿Con qué personas te sientes más cómodo/cómoda?, ¿por qué?

Zayón: Con mis primos, familia y uno que otro amigo a los que les tenga confianza.

Valeria: Con mi hermana. [¿Qué edad tiene tu hermana?] Dieciséis.

Marco: Con la familia y uno que otro amigo.

Valentina: No, es que yo en sí, no tengo ni tiempo para pensar. Entreno como de dos a tres horas diarias, no me da tiempo de pensar en “eso” y no tengo ese tipo de dudas y si las llegara a tener pues... en internet.

Alexis: Con mi primo, es de la misma edad que yo.

[Entonces, ¿tienen más confianza de ir con un amigo o un primo que a preguntarles a sus papás?]:

Marco: Depende del amigo y depende del primo, porque hay unos amigos a los que les tengo demasiada confianza y unos primos a los que les tengo demasiada confianza.

Valentina: Sí.

17) ¿Qué dificultades tienes al relacionarte con otras personas?

Zayón: Puede ser que él, ya haya tenido experiencias [sexuales] que tú no; entonces, no tiene caso que platicuen de eso.

Valeria: Hay muchos compañeros que todavía se toman esos temas [de sexualidad] a juego, o no los saben muy bien y no les dan mucha importancia. Entonces, no podrías hablar con ellos; cuando ellos ni siquiera saben qué es, o no tienen la información, o no han pasado por eso.

Valentina: Sí, yo digo que el carácter.

Alexis: Sí, para poderle confiar las cosas que le vas a platicar a la otra persona, tienes que conocerla bien para saber si puedes confiar en ella o no.

[¿Se les ha presentado la oportunidad de aconsejar a un compañero con la información de los GAPS?, ¿cómo lo hacen?]:

Marco: Sí, yo más que nada sí lo aplico con amigos que ya quieren tener el acto sexual y les digo: "Con que te cuides, no hay problema".

Valentina: Sí, porque es información que sí es la correcta; porque te pueden agarrar y te pueden contar, pero no sabes si realmente es o no es [verdadero]. Sin embargo, si te acercas a un especialista que estudió "eso" y sabe "eso" ... como cuando vine a GAPS, la información sí te la dan bien y te explican bien. De hecho, había una maqueta con varios métodos anticonceptivos, los ves y sabes realmente como son; porque puedes ir con cualquier persona, te vende algo y te pueden chorear. Entonces, yo siento que GAPS sí me ayudó a mí, mucho, y sí lo aplico.

[¿Qué temas son en los que les han aconsejado a sus compañeros?]:

Valeria: Yo, sobre las drogas; tengo una compañera que empezó con eso por otros compañeros y traté como de explicarle; pero ella [lo hacía] por ser aceptada en un grupo social.

Marco: Sobre el acto sexual.

Alexis: Lo aplicamos con los compañeros que se acercan a nosotros y les aconsejas con lo que sabemos de las pláticas, que te han dado tus familiares [sic], en GAPS y así.

[¿Consideran que la parte social interviene con el inicio de la vida sexual de los adolescentes?]:

VALERIA: Sí.

Marco: Sí, empiezan a meterse en varias cosas y esas cosas se empiezan a ligar. [¿Cómo qué cosas?] Por ejemplo: se meten a las drogas por los amigos, y los amigos puede que por otros amigos; y esos amigos puede ser que, por alguien externo, o sea, por alguien de la universidad, o de la prepa, o por su propia familia.

Valentina: Sí, porque empiezan a hablar del tema y quieren sentirse el centro de atención, porque las otras no lo han hecho; y las otras dicen: "Lo voy a hacer, a lo

mejor y así ya me toman en cuenta como la toman a ella", y van, lo hacen y surgen muchas cosas; todo eso influye.

Alexis: Sí.

[¿Cuáles son las razones más comunes por las que ustedes o sus compañeros inician su vida sexual?]:

Zayón: Por sus noviazgos.

Valeria: Yo tengo una compañera que tiene mi edad, pero andaba con un niño mayor; entonces, pues como por la presión de él, de ya querer [tener relaciones]; porque cuando lo hizo apenas íbamos en primero, o sea que todavía no creo que ella hubiera querido por su propia cuenta, sino más bien por la presión de él.

Marco: Sí, igual depende de la persona, o sea, un amigo puede tener decisiones y yo, así como de "Chido, yo todavía no quiero, yo estoy bien", y pues no, no lo hago. O, por ejemplo, algunos hombres por verse "machos", de "Ah, ya lo hice". [¿Ustedes entre hombres, compañeros, hay comentarios de "Ah, si no lo haces eres..."?]. Sí, hay compañeros que sí lo toman así.

Valentina: Bueno, yo tengo una amiga que no lo hizo por enamoramiento, sino que lo hace porque quiere llamar la atención, intenta ser el centro de atención y cree que hablando de eso la van a tomar en cuenta, cuando realmente no; siento que lo hace por baja autoestima. Tengo otra compañera que también ya lo hizo porque quiere ser igual que la otra; entonces, es social; y tengo otro compañero que ya lo hizo porque quiso experimentar, entonces, ahí sí fue como por instinto. Esos son los casos que conozco.

Alexis: Yo creo que es más por presión social que por pertenecer a un grupo; o también puede ser igual decisión propia, si uno lo quiere hacer o no. [¿A qué te refieres con presión social?] De los amigos o que otras personas pueden sentirse aisladas; entonces, lo hacen para llamar la atención y entrar al centro del círculo de amigos. Pero hay personas que lo hacen no por su decisión propia, sino por querer pertenecer a un grupo.

18) ¿Qué cambios harías para poder relacionarte de una mejor manera con las personas de tu interés (amistoso, escolar, sentimental)?

Marco: Yo no cambiaría nada de mí para relacionarme con los demás.

Alexis: Más bien, que haya la tolerancia entre uno y otro; el respeto también.

D) CAMBIOS COGNITIVOS

19) ¿Qué recuerdas de tu forma de pensar en la infancia?

Zayón: Tranquilo.

Valeria: Pues no me preocupaba por la etapa de la adolescencia, sino, más bien, cosas que me pasaban, cosas inocentes; todavía no sabía lo que me iba a pasar.

Valentina: Nada de qué preocuparse, todos tranquilos, nada más pensando en "Ah, ya salió una nueva muñeca, yo la quiero".

Alexis: Inocente.

20) ¿Cuál consideras que es tu manera de pensar actualmente?

Zayón: No pienso al actuar, hago las cosas sin pensar en las consecuencias.

Valeria: Cambio de humor, por ejemplo: hago algo y después pienso: "¿Por qué actué así?" o "¡Hubiera hecho esto!".

Marco: Es así como de que tú haces algo y tiempo después dices: "Chale, sí la regué"; cuando lo haces como que lo ocultas y dices: "¡Naaa!, está bien"; pero ya cuando reflexionas es así de "No pues, si la cagué".

Valentina: Más complicada, a veces no nos entendemos ni nosotros mismos.

21) ¿Consideras que esta forma de pensar actual es la mejor?, ¿por qué?

Marco: No, porque a veces no pienso al actuar y hago las cosas sin pensar en las consecuencias.

Alexis: Yo pienso que tal vez en algunos aspectos sí sea mejor la forma de pensar [actual] que cuando eras niño; porque cuando eras niño no conocías tantas cosas como ahora.

22) ¿Qué problemáticas has tenido en esta etapa?

Valeria: Por [falta de] respeto. Hay muchas [chicas] que no son honestas o mienten, a lo mejor no piensan que van a causar una situación mala para ellas, pero para los demás sí.

Marco: Los malos entendidos. [¿Cómo cuáles?] Una vez me peleé con un amigo a palabras, por rumores tontos que habían de terceras personas.

Valentina: Los novios, las amigas, los chismes...

Alexis: No hay valores, ni tolerancia.

23) ¿Qué problemáticas sabes que tienen otros adolescentes?

Marco: No hay tanta diferencia, también todo se origina por terceras personas, o bueno, en la mayoría de los casos.

Valentina: Yo siento que son las mismas: por chismes, rumores y todo eso. Todo nos lo tomamos personal y más por los cambios de humor; y luego como son distintas [mentalidades], chocan y de ahí se agarran [disputas].

Alexis: Más bien por rumores y la gente se lo cree; y tal vez se van en contra de la persona que no hizo nada, el impulso te gana. [¿Tienen otra problemática?] No tenemos problemáticas, porque ya hemos tenido pláticas y tenemos información.

24) Anteriormente, ¿cuáles consideras que eran tus prioridades?

Zayón: Jugar.

Valeria: Jugar.

Marco: Comer, dormir y jugar.

Valentina: Jugar.

Alexis: Jugar, lo principal.

25) Actualmente, ¿cuáles son tus prioridades?

Zayón: Comer y dormir. Tener familia y viajar con la familia.

Valeria: Estudiar, trabajar y viajar.

Marco: Mi familia, el estudio y el deporte. No me quiero salir de las actividades físicas, más que nada porque como yo fui gordito y se origina el *bullying*; entonces, no quiero pasar otra vez por eso. Aparte de todas las enfermedades que se pueden originar.

Valentina: Estudiar, terminar mi carrera y viajar. Es que yo no me veo con hijos, qué horror.

Alexis: Tu vida a futuro... construir tu propio futuro. [¿Qué incluyes en tu futuro?] Acabar de estudiar, trabajar y ya después la posibilidad de formar una familia.

II.SEXUALIDAD

E) COMPORTAMIENTO SEXUAL

26) ¿Qué prácticas sexuales conoces?

VALERIA: El sexo oral.

Marco: La masturbación, el sexo y lo que se deriva del sexo. [¿Ejemplos?] Sexo oral, sexo de los labios [sexo vaginal], y ya... más cositas que se dan. [¿Sexo anal?] Ándale, sexo anal y ya.

Valentina: Yo digo que lo más común es el sexo oral... Las posiciones... [¿Los juguetes?] Ah, sí.

Alexis: Las mismas.

27) ¿De qué forma supiste acerca de estas prácticas sexuales?

Valeria: En la escuela.

Marco: En internet, viéndolas en las páginas porno. No sé porque... no me molesta, pero siempre que le preguntas a una mujer si ha visto porno dice: "No, ¿cómo crees que voy a ver eso?".

Alexis: Escuchando, en pláticas.

¿Creen que el hecho de ver pornografía afecte su pensamiento respecto al sexo?:

Marco: Pues es que no tiene nada de malo.

Valentina: Siento que las mujeres somos más reservadas y no somos de andarlo contando; y los hombres son como más de contarlo y presumirlo. Bueno, tengo un compañero que una vez le dije: "Préstame tu calculadora", porque estábamos haciendo algo de matemáticas; y me dijo: "Sí", y, o sea, no sé si lo hizo a propósito, pero estaba en *Instagram* [viendo contenido sexual] y fue como de "Amigo, por favor quita eso", y dijo: "Ay, ¿qué tiene?, es algo normal". O sea, como que lo toman a la ligera; y tengo otras compañeras que son más reservadas. Las mujeres somos más discretas, ¿cuándo has escuchado que una mujer se masturbó ayer?

28) ¿Cuál crees que es la edad para comenzar a tener estas prácticas sexuales?, ¿por qué?

Valeria: Cuando sepas que si te embarazas no va a haber ningún problema. [Por ejemplo: ¿si te masturbas no te embarazas?] Ah, no, pero en el sexo, digo, cuando ya tengas un trabajo y puedas darle un buen futuro a tu hijo. Y de masturbación, a lo mejor cuando entran a la secundaria.

Marco: En la secundaria, depende de la práctica. Puedes ser viejito, reservado y todavía poder [tener potencia sexual]; existe el Viagra.

Alexis: Desde la etapa de la adolescencia hasta la vejez. Depende de la personalidad de cada persona, porque, por ejemplo: hay personas que son muy morbosas que te quedas así de "Ya no es tu tiempo, ya pasó, ya eres viejo".

29) ¿Qué experiencias sexuales crees que se deben tener durante la adolescencia?

Marco: La exploración del cuerpo.

Alexis: La masturbación.

30) ¿Conoces personas de tu edad que han tenido algún tipo de práctica sexual?

Valeria: El sexo anal, [una compañera] dice que: "Para no quedar embarazada". Opino que algunos, para su edad, se están adelantando mucho en el sexo. Y la masturbación, yo lo veo normal.

Marco: La masturbación y las relaciones sexuales. Y el sexo anal no es efectivo, no es higiénico, no es nada.

Valentina: Es normal, es auto conocerse; es más fácil que un hombre te diga que se ha masturbado, a que una mujer te lo diga. Estás de acuerdo que, ante la sociedad, que un hombre lo cuente es más normal a que una mujer lo haga.

F) INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

31) ¿Qué infecciones de transmisión sexual conoces?

Zayón: VIH y hepatitis.

Valeria: Sida.

Alexis: Gonorrea, sífilis, VIH y papiloma.

32) ¿Qué consecuencias físicas crees que provocan las ITS?

Zayón: Mal aspecto físico.

Alexis: Cambia tu calidad de vida, por decirlo así. Te causa más enfermedades que las vas a llevar el resto de tu vida, bueno, en algunos casos como el VIH.

33) ¿Qué consecuencias emocionales crees que haya al contraer una ITS?

Valentina: Pues depresión porque ya no es lo mismo, ya estás contagiado y así como que la tienes que cargar [la enfermedad]. [¿Cargar?] Pues sí, porque, por

decir, el VIH es una de las enfermedades más fuertes, yo he conocido a personas que la han tenido y se ponen tristes, casi no les gusta salir.

Alexis: La depresión, más bien como que se vuelven un poco antisociales, por el hecho de que tengan la enfermedad, ellos piensan que es como que la gente los va a rechazar.

34) ¿Qué consecuencias en la relación con los demás crees que provoca tener ITS?

Zayón: Que lo excluyan porque ya está infectado.

Valeria: Pues hay muchas personas que no lo cuentan. Siento que a veces no podría afectarles, sino supieran los demás, porque es una persona normal y, si lo cuenta, pues sí lo excluirían o lo discriminarían.

Valentina: Que ya no lo traten y vean igual porque es algo grave.

Alexis: Que lo discriminen.

[¿Y ustedes como tratarían a una persona que tuviera alguna ITS?]:

Zayón: Normal.

Valeria: Normal.

Valentina: Pues igual, porque no se contagiaría hablando, eso sólo es por contacto sexual. Mientras no tengas contacto sexual... todo bien.

Alexis: Normal.

35) ¿Por qué motivos crees que los adolescentes contraen alguna ITS?

Zayón: Como piensan que son jóvenes y ninguno tiene enfermedades serias, a veces por eso no se preocupan o no preguntan.

Valeria: No le toman importancia.

Alexis: Porque a lo mejor no se informan cómo deberían de hacerlo, les gana la calentura antes de informarse para poder aplicarlo en esos casos.

[¿Ustedes creen que las y los adolescentes, en su primera relación sexual, utilicen algún método?]:

Valeria: No. [¿Cuál fue la causa por la cual no lo utilizaron?] Porque no tuvieron relaciones sexuales vaginales, fue anal, por eso no ocuparon. Pero sí puede provocar una infección.

Marco: No lo usaron porque pensaron que, al hacerlo anal, no iba a causar un embarazo.

Valentina: Pues mi compañera sí lo utilizó; utilizaron la forma [de penetración] anal, como método anticonceptivo.

Alexis: Pues a lo mejor sí. A lo mejor pensaron que como fue anal no iba a causar un embarazo.

36) ¿De qué manera crees que una ITS afecta el proyecto de vida de un/una adolescente?

Zayón: Me vendría abajo, por ejemplo: todos tenemos planes de ir a la prepa, y si ya estuviera en nosotros una enfermedad de transmisión sexual, tendríamos menos ganas de estudiar, siento yo; porque estaríamos más tristes y preocupados por lo que tenemos.

Valeria: En el momento sí me pondría triste, pero siento que no por eso dejaría de ir a la escuela o dejaría de hacer mis cosas normales.

Valentina: No se ve a simple vista y puedes seguir con tu vida normal, sólo que acudiendo al médico para estarte checando.

Alexis: Emocionalmente, más que nada; como que el impacto de la noticia repercute en tus emociones y te preguntas: “¿Por qué pasó?” o “¿Qué fue lo que hice mal?”; o sea, como que se culpan cuando ya lo hicieron y ya pasó.

¿Creen que existan pensamientos positivos cuando alguien contrae una ITS?:

Valentina: Pues sí.

Alexis: Pues sí, hay personas que sí lo piensan de esa manera; pero hay otras que también se vuelven egoístas y se cierran.

37) ¿De qué manera crees que se vea afectada la familia cuando un/una adolescente contrae alguna ITS?

Zayón: Ya no te tratarían igual, porque, por ejemplo: ya tienes eso, te dejarían de tratar como niño; así como que te dejarían de mimar, porque ya eres “adulto”, ya puedes hacer todo.

Valeria: Se sentirían decepcionados, porque ellos me han dado pláticas sobre los métodos anticonceptivos, pero de todas formas siento que me apoyarían.

Valentina: Pues sí, yo creo que, en un principio, al dar la noticia, se decepcionan, se enojan, se entristecen; pero pues, de cierta forma, es tu familia, te tienen que apoyar; bueno, los míos así a mí me dijeron: “Pues si ya la riegas aun así, te apoyaríamos”.

Alexis: Pues yo creo que igual emocionalmente, porque pues es tu familia y te apoya en tus decisiones, y lo que tú sientes a lo mejor lo sienten ellos.

38) ¿Qué harías si supieras que tienes alguna ITS?

Zayón: Igual, primero le diría a mi hermano o acudiría con mis papás porque ellos me dirían qué hacer y me llevarían al doctor o a algún lado donde me apoyen.

Valeria: Primero, yo le contaría a mi hermana, porque es con la que tengo más confianza y siempre me ayuda; me dice qué es lo correcto y luego ya les diría a mis papás.

Valentina: Con los primeros que acudiría sería con mis papás.

Alexis: Buscaría apoyo, igual con mi familia.

39) ¿Crees que esa es la mejor forma de actuar ante esta situación?, ¿por qué?

Zayón: Es mejor eso que ocultarlo y buscar tú solo ayuda, porque no tienes la misma experiencia y no sabes buscar bien como ellos.

Valeria: Pues sí, porque es con la que tengo más confianza [hermana] y ella siempre me ayuda en mis problemas.

Valentina: La familia, son los que más saben y ya tienen experiencia.

Alexis: La familia es la que más te ayuda, aunque pases por momentos difíciles van a estar ahí para apoyarte.

40) ¿Qué le aconsejarías a alguno de tus compañeros/as si te enteraras de que tiene una ITS?

Zayón: Nosotros como jóvenes no sabemos todo el tema completamente, entonces, les diría que busquen un especialista o algo así.

Valeria: Yo igual, le ayudaría a que no se deprimiera; porque no me imagino qué haría yo al estar en su situación.

Valentina: Que no está solo, que acuda al médico, que se atienda...

Alexis: Que busque apoyo, que no se deprima.

G) EMBARAZO ADOLESCENTE

41) ¿Qué sabes acerca del embarazo?

Valeria: Yo digo que es malo, porque no están preparados para tener un bebé, ni en su cuerpo, ni económicamente, ni emocionalmente.

Alexis: Puede destruir tu vida, bueno, a lo mejor no, si cuentas con el apoyo de tu familia; como que su vida se transforma en una vida pesada, porque ya no nada más es cuidarse ellos mismos, sino también a su hijo y sostenerlo económicamente. O sea, como un desgaste a una edad que no es la correcta.

42) ¿Cuál edad crees que es la adecuada para tener un embarazo?, ¿por qué?

Zayón: Bueno, no todos tienen el mismo tipo de vida, algunos desde los 18 años ya quieren entrar a algún negocio o algún oficio; otros prefieren seguir estudiando doctorado y se tardan hasta los 30 años. Entonces, es según como tú lo decidas tener, ya cuando tengas estabilidad económica.

Valeria: Yo recuerdo que leí que de los 25 años en adelante era la edad correcta.

Valentina: No existe como qué edad, pero tampoco a los 14 ya puedes tener; porque físicamente no se puede, te lastimas tú y lastimas al bebé. No es lo mismo que una persona que ya tiene veintitantos que ya trabaja o quizás no trabaje, pero su cuerpo ya lo resiste un poquito más.

Alexis: Como a los 30, a lo mejor un poquito menos 25 o 30, porque, o sea, no puedes decir que es la mejor edad para tenerlo porque son diferentes circunstancias de la persona, por ejemplo: una persona que estudió, le echó ganas, trabaja y tiene la estabilidad económica para poder tener un bebé, pues a lo mejor sí sería la edad óptima; pero una persona que truncó su futuro, a lo mejor se la va a ver más difícil, pero si le echa ganas, sale adelante.

43) ¿Cuál es tu opinión sobre el embarazo durante la adolescencia?

Valentina: Tantos cambios psicológicos que tenemos nosotros que... pobrecito bebé.

Alexis: Pues que a lo mejor no estás tan preparado o preparada para poder tener un bebé a esa edad, porque ni tu cuerpo, ni tu estabilidad económica, ni la madurez son las óptimas.

44) ¿Quién crees que deba tener la responsabilidad de cuidarse para no tener un embarazo en esta etapa de la vida?, ¿por qué?

Zayón: En muchos casos a las chicas las dejan solas y el hombre se va como si no hubiera pasado nada; ella se queda con el bebé y pues, en muchos casos, es la que recibe todo el daño.

Valeria: Pienso que los dos; más la mujer porque ya sabe si lo quiere hacer o no. También el hombre, pero ellos como que no tienen tanta madurez en eso.

Valentina: Los dos, es que como tal se dice que los hombres deberían de llevar la protección; pero digo que deben ser las mujeres, porque son las que quedan embarazadas y las que arruinan su vida.

Alexis: Yo digo que los dos porque la responsabilidad va a ser de los dos, los dos cometieron ese error, los dos tuvieron la decisión de tener un bebé cuando todavía no estaban preparados para tenerlo; pero hay veces que el hombre a la mujer la rechaza.

¿Qué pensarían de una chica que lleva protección?:

Zayón: Que no quiere cometer algún error, que cuide su vida.

Valentina: Pues pueden pensar cualquier cosa, pero un embarazo es algo más grande; así pensarán lo que quisieran, mientras yo me cuide, todo está bien.

Alexis: Pues normal, que se quiere cuidar y que quiere su cuerpo.

45) ¿Qué consecuencias físicas crees que provoca un embarazo en la adolescencia?

Zayón: Pues nosotros sí hacemos labores y toda la cosa, pero en muchas ocasiones estamos descansando o jugando; pienso que con un hijo no podrías tener tiempo libre, estarías más ocupado.

Valeria: Se te cae el pelo, bueno no mucho, y la piel.

Alexis: Dicen que cuando te embarazas sí engordas bastante, los pies se te hinchan; pues más bien sería un desgaste físico para la persona que está embarazada.

46) ¿Qué consecuencias emocionales creen que haya al tener un embarazo en la adolescencia?

Zayón: No quieres salir, piensas que se van a burlar de ti; porque ya muchos de tus compañeros están estudiando, o están viajando y tú estás atrapada o atrapado con un hijo.

Alexis: Sí tiene muchas, bastantes... Depresión, enojo, histeria, neurosis...

[¿Creen que pueda darse el suicidio?]:

Valeria: Sí.

Alexis: Sí. El suicidio de alguna forma está mal, porque en vez de deprimirse deberían de ver hacia adelante y echarle ganas; de una u otra forma no se puede regresar el tiempo, es algo que ya hiciste.

[¿Ustedes están de acuerdo con la ILE?]:

Zayón: Yo pienso que sí, y que no está bien que discriminen a las demás que no pueden hacerlo.

Valentina: Si tienen relaciones sexuales, deben estar conscientes de que tienen muchas probabilidades de quedar embarazadas; entonces, si tienen esas probabilidades ¿cómo para qué lo hacen?, o sea, no es algo que todos deben de hacer o pasar en su adolescencia; y si lo hicieron, pues ya mínimo que se hagan cargo. Se me hace una tontería. [¿O sea, no estás de acuerdo?] No. [¿Y si fuera un accidente?] Obviamente, ya en caso de violación, tener el hijo te va a recordar lo que pasó, y ahí sí estoy de acuerdo; pero, si sólo lo hizo porque ya le urgía o ya tenía ganas de experimentar, entonces que se haga responsable; si ya van a tener relaciones sexuales es porque van a ser responsables.

Alexis: Estoy a favor, pero a la vez en contra, casi igual que ella. Sólo que yo pienso que a favor porque si una persona, por ejemplo: una violación influiría en su estado de ánimo y podría ser que hasta se suicide; y, por ejemplo: en contra, porque si es una persona ya con la estabilidad económica y no se quiere hacer cargo del bebé... me daría impotencia, porque ella debería tener presentes los riesgos al momento de tener relaciones sexuales.

Valeria: Yo opino igual que él.

47) ¿Qué consecuencias crees que tiene una chica al embarazarse a esta edad?

Valeria: Discriminación, porque yo cuando me encuentro a una persona joven embarazada, trato de no verla; pero hay personas que se les quedan viendo feo o les dicen de cosas.

Alexis: Físicas, emocionales, psicológicas, de todo tipo. Más bien porque no tienen la madurez emocional, ni física para poderse hacer cargo de un bebé.

48) ¿Qué consecuencias crees que tiene un chico al embarazarse a esta edad?

Zayón: Pues no creo que tenga tantas como la chica, porque la mayoría de mujeres son las que cuidan al bebé, tienen que darle de comer y cuidarlo; bueno, también los chicos, pero no tan seguido. Entonces, siento que a él casi no lo discriminarían porque es algo que casi no se ve.

Valentina: Como tal, la chava es la que lleva el embarazo, a la que se le nota la “panza” y el chavo nada más es como de... “¡Ah sí!, te acompaño”, y ya. Siento que no sufre casi nada, y en lo único que sufre es en trabajar para mantenerlo; o sea, psicológicamente no le afecta en nada, sigue normal.

Alexis: Pues a lo mejor le repercute emocionalmente, porque pues ya no nada más la mujer es la que se hace cargo del bebé; el hombre también tiene que responder tanto económicamente, como también estar con la mamá desde el embarazo hasta que nace y se desarrolla el bebé.

49) ¿Qué consecuencias en la relación con los demás crees que provoca tener un embarazo a esta edad?

Zayón: Yo pienso que hay mucho prejuicio, pero, por ejemplo, si vas a la casa de una amiga o viceversa, los papás piensan que no se pueden quedar solos, porque van a tener relaciones [sexuales] y no se van a cuidar, o lo que sea. Entonces, como que no permiten cierta libertad hacia ellos, por el mismo prejuicio del embarazo.

Valentina: Pues ¿qué quieres que te digan?: “¡Ah, felicidades te embarazaste a los quince!, ¡vas a ser un buen papá!, ¡todavía tienes futuro!”; pues no, es como que está mal visto y tienen en cierta forma razón, porque, o sea, tan chiquitos y ya embarazados.

Alexis: Los tachan de precoces, los prejuicios de la gente son los que hacen que reciban comentarios malos en lugar de comentarios buenos, nada más los critican

en lugar de decir: “¡Échale ganas!”, o sea, sí es malo porque ya la regaste, no puedes regresar el tiempo para no embarazarte; pero, si ya lo tuviste, esperas que la gente te apoye, aunque eso no siempre pasa.

50) ¿Por qué crees que los y las adolescentes se embaracen?

Valentina: Porque no se supieron poner el condón, o porque ninguno de los dos lo llevaba; por eso digo que las pláticas te las deberían de poner más prácticas. O sea, no sólo teoría, sino que realizarlo, porque a la hora de hacerlo no sabes qué hacer.

51) ¿De qué manera crees que se vea afectada la familia cuando un/una adolescente tiene un embarazo?

Valeria: Pues igual económicamente, es muy caro tener un bebé y como tú ni trabajas, tienes que pedirles dinero a tus papás, y ya no va a ser más tu cargo, sino de tus papás, y eso también si quieres seguir estudiando.

Zayón: Aun así, si trabajas, nosotros, a esta edad, ¿qué trabajo podemos encontrar?

Valentina: Como tal no tienen el dinero, y si los papás apenas pueden con nosotros, pues ahora será más y pues sí repercute.

Alexis: Pues como que ya no existe esa confianza en el adolescente porque ya lo hizo y no lo vaya a volver a hacer [embarazarse] y también repercute económicamente, porque pues... un bebé son gastos.

52) ¿Qué pensarías si supieras que uno de tus compañeros/as tiene un embarazo?

Zayón: Que se les pasó la calentura.

Alexis: Que se comieron el *baguette* cuando no tenían por qué. Que le echen ganas, que salgan adelante y que no se depriman; que cuenta con nuestro apoyo, pero sin abusar.

H) MÉTODOS DE PROTECCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

53) ¿Qué son los métodos de protección y planificación familiar?

Alexis: Ahí puede haber un prejuicio, porque el método anticonceptivo se creó nada más para que el hombre lo usara, pero no para la mujer, sólo el condón vaginal.

Zayón: Fui a mi curso y mi maestra de biología me contó que dos chicos se estaban peleando; ya estaban sangrando y uno tenía VIH, agarró su propia sangre y se la aventó al otro en la cara, lo infectó de VIH y sin tener relaciones.

54) Mencionen, ¿qué métodos conocen?

Valeria: El condón, el DIU, la pastilla del día siguiente, el condón femenino, el implante subdérmico y salpingoplastia.

Valentina: Los mismos.

Zayón: Los mismos.

Alexis: Los mismos.

55) ¿Qué crees que es peor después de tener una relación sexual sin protección, un embarazo o una ITS?, ¿por qué?

Valentina: Una infección, dependiendo de cuál sea y si se puede atender rápido.

Alexis: Yo pienso que sería más feo una infección que un embarazo, porque un embarazo, aunque al principio no lo ves bien, después te trae bonitas experiencias, y la infección... para nada.

56) ¿Por qué crees que siga existiendo tanto embarazo adolescente y transmisión de ITS a pesar de la información que existe de los métodos anticonceptivos?

Valentina: La falta de práctica.

Alexis: Porque les gana la calentura o porque no revisan el condón y descuido.

I) DIVERSIDAD SEXUAL

57) ¿Durante el GAPS hablaron acerca de la diversidad sexual?

Zayón: No hablamos porque no está en el temario, pero yo me acuerdo que la doctora nos comentaba cuando nosotros le preguntábamos.

Valentina: No.

Alexis: No.

¿Conocen los derechos sexuales y reproductivos?:

Valeria: Sí.

Valentina: Sí, derecho a decidir: cuántos hijos quieres tener, con quién los quieres tener, cuándo los quieres tener; escoger a la pareja con la que quieres tener tu relación sexual, ya siendo mujer-mujer, hombre-hombre o mujer y hombre.

Alexis: Sí, derecho a informarte, que te den información sobre métodos anticonceptivos y que estén a tu alcance; tener información sobre las ITS.

58) ¿Consideras que el programa dio información suficiente para la protección durante las relaciones sexuales sin importar las preferencias sexuales?

Zayón: Sí.

Valeria: Sí.

Valentina: Sí, de hecho, dijo que el condón también sirve para hacer sexo oral cuando es mujer con mujer; lo rompió y lo colocó.

Alexis: Sí.

III. PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA GRUPO DE ADOLESCENTES PROMOTORES DE LA SALUD (GAPS)

J) EXPECTATIVAS DE LA PARTICIPACIÓN

59) ¿Recuerdas el programa GAPS?, ¿qué recuerdas de este programa?

Zayón: A la doctora. Casi siempre venía la doctora y otros especialistas.

Valeria: Temas de drogas, alcoholismo, salud dental...

Valentina: Violencia en el noviazgo, violencia intrafamiliar... Casi siempre venía la doctora con un experto, pero te da más confianza con una sola persona, con ella sí se podía hablar bien de los temas.

Alexis: Obras de teatro y muchos aprendizajes... Temas sobre las emociones, el embarazo adolescente, métodos anticonceptivos, el plato del bien comer; trabajábamos primero el tema, lo argumentábamos y después realizábamos obras improvisadas, casi siempre traían un especialista.

60) ¿Conoces los objetivos del programa?, ¿qué opinas de ellos?

Zayón: Informar a los adolescentes sobre todo tipo de temas y que, asimismo, ellos informen a otros adolescentes.

61) ¿Qué beneficios esperabas antes de participar en el GAPS?

Zayón: Primero no sabía que era, porque nada más nos llamaron a los jefes de grupo.

Valentina: Que íbamos a aprender más.

Alexis: Tener más información sobre: la sexualidad, los riesgos del embarazo y los métodos anticonceptivos.

K) APLICACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

62) Antes de participar en el GAPS, ¿sabías qué era promoción de la salud?

Zayón: No.

Valeria: No.

Valentina: No, después te vas dando cuenta poco a poco.

Alexis: No.

63) Actualmente, ¿qué opinas de la promoción de la salud?

Zayón: Es difundir la información.

Valeria: Se trata de difundir la información.

Valentina: Entre jóvenes nos contamos más cosas, que con un adulto; porque es más complicado, sentimos que no nos entienden y te da más pena.

Alexis: Pláticas informativas sobre todos los aspectos de salud como: [el] emocional, [el] físico, [el] psicológico, y esos temas que nos dieron, promoverlos, como dice la palabra, informárselos a tus amigos, en una forma de difundir la información.

64) ¿Cómo aplicas la promoción de la salud en tu persona?

Zayón: Ayudando a los demás, les doy mi opinión y puntos de vista de los temas; ya ellos deciden si toman la opinión.

Valeria: Igual, cuando se me presente la situación.

Valentina: En el noviazgo.

Alexis: Cuando se te presenta la situación recuerdas la información que se te dio y dices: "Puedo aplicarla de esta forma".

65) ¿Cómo aplicas la promoción de la salud con tus amigos/as?

Valeria: Como que no me piden ayuda, pero me platican y yo les trato de dar mi opinión.

Valentina: A veces es traumático, por todo lo que te platican.

66) ¿Cómo aplicas la promoción de la salud con tu familia?

Valentina: En mi caso, mi mamá me pregunta, le voy contando y hasta me da más información.

Alexis: Sería incómodo que en vez de que tú les preguntes a tus papás ellos te pregunten a ti.

67) ¿Cómo aplicas la promoción de la salud con tu pareja?

Valentina: Yo sí, con mi novio...

Alexis: Métodos anticonceptivos, pero todavía no.

68) ¿De qué manera aplicas lo que aprendiste durante los GAPS?

Alexis: Cuando un amigo, o así, se nos acerca y nos cuenta su experiencia, nosotros, con información que ya tuvimos, lo podemos orientar a que tome una decisión buena.

69) ¿Qué se te facilita más aplicar?, ¿por qué?

Valentina: A mí me cuentan todo de relaciones sexuales.

Alexis: Todos los temas son fáciles de tratar mientras haya la confianza, porque, por ejemplo, el embarazo adolescente es algo que a lo mejor la persona no tiene tanta confianza de platicarte su situación, aunque tú puedas orientarla.

70) ¿Qué se te dificulta más aplicar?, ¿por qué?

Alexis: Que haya confianza para que uno pueda orientarlos; pero como tal, los temas son fáciles de tratar con las demás personas. No son tan complejos.

L) REPLICACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

71) ¿Realizas las actividades de compartir la información de promoción de la salud con tus compañeros/as?

Zayón: Sí, no exactamente se acercan para preguntarte; te cuentan, porque son tus amigos o lo que sea, y tú ya les das tu punto de vista de lo que es correcto.

Valeria: A veces, a mí me cuentan [sus situaciones] y yo les doy la información que yo tengo.

Valentina: Sí, se acercan.

Alexis: Sí.

72) Cuando realizas esta acción, ¿se aclaran las dudas de tus compañeros/as?

Valentina: La mayoría.

Alexis: En algunas veces.

M) EVALUACIÓN Y EXPERIENCIAS DEL PROGRAMA

73) ¿Qué actividades te evaluaron en el programa y cómo las evaluaron?

Zayón: Nunca.

Valeria: No lo hicieron.

Valentina: No.

Alexis: No recuerdo.

74) ¿Qué experiencias te dejó el programa que puedes aplicar en tu vida diaria?

Valeria: La convivencia porque, como hacemos prácticas, teníamos que ponernos de acuerdo y cosas así; creo que me hice de más confianza.

Valentina: La convivencia.

Alexis: El saber cómo cuidarnos para no contraer ITS o un embarazo adolescente y no sufrir las consecuencias; nos hizo más sociables.

75) ¿Te ayudó participar en el GAPS?, ¿por qué?

Valentina: Sí, porque conocemos los temas un poquito más a fondo. Sabíamos qué eran las relaciones sexuales, pero como tal no sabíamos qué consecuencias tenían o cómo prevenirlas... porque en los libros te dicen: "La relación sexual es esto, los métodos anticonceptivos son esto... cuánto duran y ya", pero en GAPS te explican más a detalle: las consecuencias, qué hacer, a dónde acudir; te van diciendo varias cosas y las vas conociendo más a profundidad.

76) ¿Crees que el programa ayudará a resolver problemas futuros de los y las adolescentes?

Valeria: Sí.

Valentina: Sí, porque te brinda información como para saber qué hacer, quizás no se te presente hoy o ahorita, pero sí a futuro; vimos lo de violencia en el noviazgo, puede que en un futuro tengas un novio "medio" violento y tú, con los temas que ya viste y con la información que tienes, como que te previenes y ya después sabes cómo actuar.

Alexis: Sí, porque trata de temas que a futuro los vas a encontrar en algunas situaciones.

77) ¿Consideras que durante tu participación en los GAPS el programa disipó tus dudas sobre salud sexual y reproductiva?, ¿por qué?

Zayón: Aprendizajes, porque ya en un futuro no sé si quiero juntarme con alguien; ya voy a saber todas las medidas que tengo que tomar por si no quiero embarazarla o algo así.

Valentina: La mayoría, porque nos faltó como que la práctica, como aprender a poner un condón y todo eso. Porque en sí, sí nos explicaron, nos narraron y lo hicieron frente a nosotros, pero no es lo mismo que ellos lo hagan a que nosotros lo hagamos.

Alexis: Vimos varios temas, pero igual en algunos nos hizo falta detenernos un poco para que los explicaran de mejor manera.

78) ¿Se cumplieron tus expectativas al haber participado en el programa?, ¿por qué?

Zayón: Sí.

Valeria: Para mí, sí.

Valentina: Sí, se cumplieron, faltó la práctica.

Alexis: Sí.

79) ¿Qué resultados se obtuvieron al finalizar las actividades?

Zayón: Antes de GAPS, sí sabía que en las relaciones sexuales te tenías que poner condón o “lo que sea”, y ya después que nos explicó la doctora la forma correcta [de utilizarlo]; pues cambió mi perspectiva y fue otra forma distinta de pensar.

Valeria: Que lo aprendiéramos más fácilmente con actividades, en mi caso yo aprendo más con actividades prácticas que con la teoría, y también con lo visual como videos y audios.

Valentina: Aprendizajes.

Alexis: Mayor conocimiento del tema con más experiencias; y las experiencias te ayudan a comprender mejor el tema.

80) ¿Se lograron los objetivos?, ¿por qué?

Zayón: Bueno, yo no le hablo a todos en el salón y solamente lo hacía [compartir información] con compañeros a los que les hablo. Otras personas del GAPS le hablaban bien a la otra parte del grupo y así se abarcaba a casi todo en conjunto.

Valeria: En mi caso sí, también.

Valentina: Sí, en mi caso sí.

N) OPINIONES Y SUGERENCIAS

81) ¿Qué temas crees que son importantes y que hicieron falta tratar en la aplicación del programa?

Zayón: Más de chicas lesbianas y chicos homosexuales.

Alexis: La diversidad sexual.

82) ¿Qué actividad te hubiera gustado que pusieran?, ¿por qué?

Zayón: La práctica.

Valentina: Práctica.

Alexis: Sí está bien la teoría, pero que sea más práctica, porque si no, nada más te quedas con la teoría y dices: "Y luego ¿cómo le hacemos?".

83) ¿Qué sugerirías para mejorar el programa?

Zayón: Una vez nos llevaron a una clínica a una plática del [medio] ambiente y ahí se perdió mucho tiempo.

Valentina: Diversidad sexual faltó verlo más a profundidad.

Alexis: Que a los temas que necesiten más tiempo, se les dé más tiempo y a los que no, que los acorten. Por ejemplo: en el plato del bien comer y las emociones, se alargaron mucho, deberían acortarlos y alargar los temas de mayor interés.

[¿Cómo les gustaría que les dieran atención en los Servicios Amigables?]:

Zayón: Que nos atiendan con cita.

Valeria: Con una cita.

Valentina: Que nos proporcionen métodos anticonceptivos, pero que sean buenos.

Alexis: Información de todo tipo, sobre todo sexualidad y que nos atiendan rápido.

84) ¿Quieren agregar algo?

[No contestaron].