



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES - IZTACALA
PSICOLOGIA



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

"ORIENTACION SEXUAL EN
ADOLESCENTES"

001
31921
C8
1984-1

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

ROSA MA. CHARTT LEON

TRIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

.- A G R A D E C I M I E N T O S .-

QUIERO AGRADECER A TODAS LAS PERSONAS
QUE PUDIERON HACER REALIDAD Y DAR FIN
A ESTA TESIS QUE ES LA CULMINACION DE
UNA PRIMERA ETAPA DE ESTUDIOS.-

A TI PAPA:

POR EL GRAN AMOR CON QUE TE ENTREGASTE
A NOSOTRAS Y PORQUE SE QUE TE HUBIERA
GUSTADO VERME LLEGAR HASTA AQUI.-

_____ o _____

A TI MAMA:

POR TU APOYO, AMOR, COMPRENSION Y -
CONSEJO A SEGUIR ADELANTE PARA SER -
ALGUIEN EN LA VIDA.

MIL GRACIAS.

A USTEDES MARIA LUISA Y AMELIA

PUES GRACIAS A SU APOYO INVALUABLE

ESTOY EN ESTE LUGAR.-

A QUETA Y LULU:

POR SU DOBLE TITULO, MIS HERMANAS

Y MIS MEJORES AMIGAS INCONDICIONALES.

A TI TIA MARTHA:

POR TU APOYO E IMAGEN PARA MI

SUPERACION PERSONAL.

SE QUE TE GUSTARIA HABERME VISTO

LLEGAR A ESTA META.-

A USTED DRA. ENRIQUETA SUMANO

POR CREER EN MI Y MI TRABAJO

DESDE EL PRINCIPIO.-

CON AGRADECIMIENTO AL DR.

LUIS TORREGROSA FERRAZ Y

AL DR. ENRIQUE DULANTO G.

POR PERMITIR LA ELABORACION

DE ESTE TRABAJO EN TAN HONROSA

INSTITUCION.-

UN ESPECIAL AGRADECIMIENTO AL DR.

SERGIO MEZA M. POR SU APOYO E INTERES

POR OBTENER ESTE TITULO.-

PARA TI MARTHA PARDO POR TU GUIA Y APOYO

PARA MI SUPERACION ACADEMICA.-

OTRO AGRADECIMIENTO MUY ESPECIAL:

CON MUCHO CARINO Y RESPETO PARA EL DR. LEONARDO REYNOSA
Y SU ESPOSA LULU DE QUIEN TANTO RECIBI.

POR LA ACEPTACION Y DIRECCION DE ESTA TESIS, YA QUE SIN
TU ASESORIA NO HUBIERA CUMPLIDO SU FIN ESTE TRABAJO.

MIL GRACIAS POR EL TIEMPO Y CONOCIMIENTOS QUE ME BRINDASTE
SIN MEDIDA.

Y A TI LULU:

POR COMPARTIR ESTE TU TIEMPO PARA CONCLUIR

ESTA TESIS.

UN MILLON DE GRACIAS A LOS DOS.

ESPECIALMENTE:

PARA TI SEÑOR POR LA LUZ
QUE ME DISTE Y QUE ME DAS PARA VER MI
CAMINO Y TU AMOR INFINITO.

GRACIAS.-

INDICE

- A. PREFACIO. **IZT. 1000417**
- I. FUNCIONES PROFESIONALES DEL PSICÓLOGO.
- II. ESCENARIO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL REAL.
- III. INSERCIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL "EQUIPO DE SALUD".
- IV. EL MODELO MÉDICO (EL MODELO DE HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD Y PREVENCIÓN).
- V. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO PREVENCIÓN.
- VI. HISTORIA DEL DEPARTAMENTO DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ".
- VII. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ADOLESCENTE.
- VIII. EL PROGRAMA DE ORIENTACIÓN SEXUAL.
- A) INTRODUCCIÓN.
- B) JUSTIFICACIÓN, FUNDAMENTACIÓN, OBJETIVOS Y POLÍTICAS.
- C) RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.
- D) ORGANIZACIÓN.
- E) DIAGRAMA DE ACTIVIDADES.
- F) ORGANIZACIÓN DE LAS SESIONES, FORMA DE TRABAJO Y TEMÁTICA DE LAS SESIONES.
- G) RESULTADOS.
- H) GRÁFICAS, TABLAS.
- IX. DISCUSIÓN DEL PROGRAMA.
- X. CONCLUSIONES.
- XI. PERSPECTIVAS DEL PROGRAMA.

P R O L O G O

Si hiciera un resumen de los eventos y observaciones que he tenido desde antes que iniciara la carrera, podría empezar por marcar la frecuencia con la que algunas personas me pedían ayuda u opinión para resolver algún problema; cuando el resultado era exitoso, me era reforzante, pero cuando no sucedía esto, sentía que algo estaba mal y que debería superarlo.

Este fué uno de los motivos más importantes por el cual ingresé a la carrera de Psicología, para aprender formas o técnicas y poder ayudar con más éxito.

A través de la carrera aprendí la modificación conductual e investigación llenando aspectos de cómo poder prevenir, controlar y provocar conductas en situaciones experimentales: al salir de la carrera y entrar a trabajar en el Hospital Infantil de México, en su Departamento de Adolescentes, traté de aplicar mis conocimientos, encontrando que la mayoría de los psicólogos sólo estaban dedicados a detectar problemas por medio de "tests psicológicos" y que su capacidad como profesionistas era evaluada por la cantidad y calidad de la aplicación de éstos, quedando cerrada la posibilidad de aceptación del psicólogo en modificación conductual. Por eso

fué difícil el integrarme en su equipo, pero poco a poco pude hacerlo, por medio de sesiones bibliográficas donde se demostraba su aplicabilidad, y fué así como se aceptó la modificación de conducta.

Antes de ésto, ví como médicos del Departamento de Adolescentes, ya empezaban a realizar proyectos y programas a niveles preventivos, uno de ellos fué el programa de "Orientación Sexual para Adolescentes" motivo de este trabajo de tesis, el cual será descrito a continuación. Fué hasta entonces cuando pude integrarme de lleno en el "equipo de salud" y cumplir con funciones a nivel preventivas con mi papel de psicóloga y tomando esta profesión como una igual a las del resto del equipo, y no como si fuera una profesión de apoyo a la medicina, como algunos médicos lo han concebido. Ahora el papel del psicólogo es manejar, controlar y/o prevenir la conducta humana, desde una perspectiva de integralidad, ya sea a nivel individual o grupal.

CAPITULO

I

'FUNCIONES PROFESIONALES DEL PSICÓLOGO'

CAPÍTULO I

FUNCIONES PROFESIONALES DEL PSICOLOGO

La psicología como profesión tuvo sus orígenes en este siglo; en tanto ciencia con gran juventud, uno de sus primeros problemas lo constituyó la delimitación de las funciones del profesional en Psicología a partir de su concepción. En este sentido existen varias definiciones de Psicología en tanto disciplina. Para fines de este trabajo, tomaremos la propuesta de Ribes y cols.¹ que señala: "La psicología es una ciencia natural, experimental, cuyo objeto de estudio es el comportamiento de los organismos individuales. Como profesión se dirige fundamentalmente a la solución de problemas en que interviene, como dimensión fundamental, el comportamiento humano, la relación entre organismo y medio ambiente, ya sea a nivel individual o de pequeños grupos, aún cuando los efectos de su acción se expanden con frecuencia a grupos más numerosos".

De esta manera el especialista en la conducta humana puede intervenir para resolver o prevenir los problemas. Sus funciones están en la detección de problemas definidos, formas de comportamiento socialmente deseables, que estén en potencia de realizarse o carencias. Una segunda función es la rehabilitación, tratando de remediar aspectos deficitarios en el comportamiento de individuos o grupos. La tercera función es la investigación para establecer habilidades interdis

¹ Ribes, E., et al: Proyecto plan de estudios de psicología. Folleto. ENEP Iztacala, México, 1976.

disciplinarias en el área de la salud y cambio social. La cuarta y quizá la más importante, es la planeación y la prevención de problemas a mediano y largo plazo y difusión de algunas actividades profesionales de apoyo entre personal profesional y no profesional.²

García, H.: "Los currícula de las diferentes carreras de la ENEPI frente a los problemas nacionales", VII Jornadas de Aniversario, ENEPI, México, 1982, p. 52-62.

C A P I T U L O

II

'ESCENARIO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL REAL'

CAPÍTULO II

ESCENARIO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL REAL

Las funciones profesionales descritas anteriormente fueron rescatadas en el proyecto curricular de Psicología en términos de objetivos dentro del módulo aplicado, que se encuentran relacionados en alguna medida con el área de la salud. Tales son:

1. Exponer al estudiante a las situaciones concretas que definen su práctica profesional.
2. Analizar las variables empíricas que confluyen a la presentación de un problema de comportamiento.
3. Adiestrar al estudiante en la definición de problemas y objetivos profesionales, así como el diseño de programas de acción que los solucionen.
4. Adiestrar al estudiante en la selección de técnicas apropiadas para resolver problemas, así como diseñar técnicas nuevas con base en los conocimientos teóricos y experimentales.
5. Enseñar al estudiante a evaluar los efectos de procedimientos y a llevar a cabo seguimientos en los escenarios naturales.
6. Adiestrar al estudiante en el trabajo comunitario especialmente en lo que se refiere al entrenamiento de paraprofesionales y no profesionales. ³⁻⁴

³ Ribes, E., et al.: ibid.

⁴ García, H.: ibid.

Con base en los objetivos señalados anteriormente, el estudiante al concluir la carrera tiene información para: analizar, investigar, prevenir y rehabilitar, siendo sus posibles escenarios de acción los siguientes: hospitales, clínicas de atención médica general y especializada, hospitales psiquiátricos, asilos, hospicios, centros de rehabilitación, escuelas de educación especial, escuelas de orientación, industrias, etc. Además, el psicólogo puede participar en la prevención de problemas escolares del tipo bajo rendimiento escolar, así como en labores de capacitación, selección de personal, manejo de comunidades, y también en el manejo de variables con programas experimentales en el laboratorio.

Las actividades descritas anteriormente, así como los posibles escenarios del quehacer profesional del psicólogo permitirían un magnífico desarrollo del estudiante en formación, lo que redundaría en un psicólogo egresado capaz de insertarse activamente en la práctica multidisciplinaria; sin embargo, su actividad profesional se encuentra muy restringida en la mayoría de los campos posibles de acción y en especial en aquellos relacionados con la salud. Baste señalar -- que difícilmente podemos encontrar en las instituciones relacionadas con la salud profesionales de esta disciplina que intercedan directamente en la solución de problemas de salud.⁵

Desde la óptica del médico, los psicólogos siempre han sido vistos como profesionales de apoyo, restándoles la importancia que tienen. De igual forma, dentro del llamado "equipo de salud" se ha visto con mucha frecuencia que cada profesionalista desarrolla sus actividades en forma aislada, -- sin tomar en cuenta las tareas que otros profesionales desarrollan --siendo este el caso general de los médicos-- y tratan

⁵ García, H.: op.cit.

do de arrogarse el papel del que todo lo sabe y puede, dejándole al psicólogo un papel secundario, reducido las más de -- las veces a la aplicación de tests por medio de los cuales podrá señalar algunas alteraciones que el psiquiatra, en su momento, deberá tratar.

En la ENEP Iztacala se ha tratado de romper con la conceptualización del psicólogo en tanto "auxiliar del médico" a través, tanto de su ubicación física en escenarios comunes como en proyectos y programas que permiten la conjunción de -- dos o más disciplinas en la solución de problemas de salud.

De acuerdo con la afirmación anterior en la ENEP Iztacala se propuso en el año de 1978 un programa de prácticas interdisciplinarias que intentaba la vinculación de las diferentes carreras entendidas como disciplinas en acciones de -- servicio a la comunidad.⁶

De esta forma es posible lograr varios niveles de -- integración, (métodos, procedimientos, etc.). Esta concepción parte del fundamento de que la enseñanza superior debe -- proporcionar a los estudiantes de cualquier disciplina los -- fundamentos de metodología científica y de los procesos de investigación que les permitan sistematizar las funciones y actividades que realicen, dentro de la práctica profesional y -- se dirijan hacia la solución de problemas singulares. De este modo a través de la instrumentación de las prácticas profesionales coordinadas, los estudiantes actúan en equipo con -- otros de diferentes disciplinas a través de la resolución de problemas en el área de la salud.

La adecuación de las técnicas, implementación de -- programas y ajustes a los esquemas cognoscitivo-ideológicos,

⁶ ENEPI. Proyecto del programa de prácticas interdisciplinarias. Folleto, México, 1981.

en correspondencia a los intereses y necesidades de los diferentes factores y sectores o clases sociales, pueden ser ejemplos de tareas que la participación del psicólogo asociado a la de otro profesional, puede lograr la adecuación requerida por el estrato socio-económico que demanda el servicio profesional.⁷

⁷ Tirado, F., et al.: "Relación intercarrera". VII Jornadas de aniversario. ENEPL, México, 1982, p. 205-211.

C A P I T U L O

III

'INSERCIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL "EQUIPO DE SALUD"'

CAPÍTULO III

INSERCIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL "EQUIPO DE SALUD"

El equipo de salud tiene como función profesional - el actuar en forma directa en los problemas de salud que requieran atención médica y paramédica y en forma indirecta señalar factores que inciden negativamente en la salud individual y colectiva, así como proponer, dentro de sus áreas de competencia, acciones que tiendan a resolver problemas de salud en forma global, con lo cual se posibilita una acción multidisciplinaria.⁸

La medicina como disciplina surgió a principios del siglo XIX de la conjunción de "conocimientos" de los barberos (el antecedente de los cirujanos) y de los religiosos que - - practicaban el arte de curar. En ese tiempo la enfermedad -- era concebida como sinónimo del mal y se aceptaba que un sujeto era poseído por las fuerzas del mal. El avance del conocimiento permitió desarrollar al método clínico y posterior a - - él, se hizo inevitable el fragmentar el estudio del ser humano. De esta forma y como remanente del barbero surgió el dentista, luego los químicos, y, a principios de este siglo, los psicólogos. En la actualidad esta fragmentación es más evidente en tanto que ahora se cuenta con médicos especialistas, técnicos radiólogos, nutricionistas, enfermeras técnicas, auxiliares de enfermería, etc. Cada una de estas disciplinas - generó sus bases epistemológicas, como parte objeto de estudio presentan una forma particular de aproximación al objeto

⁸ Apostel, L., et al.: Interdisciplinarietà, ANUIES, México, 1979.

de estudio y resuelven problemas.

En la resolución de un problema de salud debieran concurrir un conjunto de disciplinas o áreas de conocimiento al menos en forma secuenciada, ya que sin la aportación de alguna, todo problema se resolvería parcialmente.

La solución de problemas que afectan al ser humano en el área de la salud debiera ser afrontada desde una perspectiva de trabajo coordinado en equipo -un verdadero equipo de salud- que en términos de actividades concretas posibilite la solución de problemas. Lo anterior puede consolidarse entendiendo al equipo como un conjunto de profesionales coordinados entre sí y que desde una perspectiva unidisciplinaria aportan elementos para la solución de problemas a un mismo objeto de estudio.

Según Apostel (1970), la conjunción de distintas apostaciones que vierten dos o más disciplinas para resolver de una manera integrada un problema o conjunto de problemas se denomina interdisciplinarietàad, y existen varios tipos de la misma (indeterminada, amplia, compuesta, suplementaria y unificadora, o bien: lineal, estructural o restrictiva).⁹

En el área de la salud se tiene el problema de que cada disciplina gesta su lenguaje, teoría y metodología. Cada profesionista es celoso de éstos, lo que inicialmente dificulta la comunicación; además, piensan que al cambiar su lenguaje se desprofesionalizan, pudiendo caer presa de otra disciplina. En este sentido coincidimos con lo afirmado por Tirado¹⁰ quien refiere como primera etapa el trabajo multidisciplinario para la resolución de un problema.

⁹ Apostel, L. et al: ibid.

¹⁰ Tirado, F. et al: op.cit.

CAPÍTULO IV

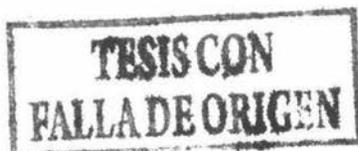
EL MODELO MÉDICO (EL MODELO DE HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD Y PREVENCIÓN),

La inserción del psicólogo en un equipo de salud es muy importante ya que puede tener funciones tanto preventivas como terapéuticas y de rehabilitación. Estas tres categorías permiten las funciones del psicólogo con las del personal médico desde la óptica del proceso de salud-enfermedad y utilizando como marco metodológico, el modelo de historia natural de la enfermedad que describiremos a continuación.

Hasta el siglo XVII la medicina era considerada como un arte (el arte de descubrir la enfermedad), hasta que en el siglo XIX gracias a la anatomía patológica se efectúan tanto las primeras historias clínicas como los primeros correlatos anatomo-patológicos. Así, se acepta que la enfermedad es una forma patológica de vida.¹¹

El rápido avance tecnológico introduce en el campo médico otras disciplinas tales como la microbiología y el laboratorio clínico y entonces el modelo médico tiende a la sofisticación volviéndose predominantemente curativo, con tendencia a la especialización, reduccionista, ubicado preferentemente en hospitales, de cobertura limitada y con altos costos.

¹¹ Bichat, X., en: Foucault, M.: El nacimiento de la clínica, Ed. Siglo XXI, 7a. ed. México, 1981, p. 215-216.



CAPÍTULO IV

EL MODELO MÉDICO (EL MODELO DE HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD Y PREVENCIÓN),

La inserción del psicólogo en un equipo de salud es muy importante ya que puede tener funciones tanto preventivas como terapéuticas y de rehabilitación. Estas tres categorías permiten las funciones del psicólogo con las del personal médico desde la óptica del proceso de salud-enfermedad y utilizando como marco metodológico, el modelo de historia natural de la enfermedad que describiremos a continuación.

Hasta el siglo XVII la medicina era considerada como un arte (el arte de descubrir la enfermedad), hasta que en el siglo XIX gracias a la anatomía patológica se efectúan tanto las primeras historias clínicas como los primeros correlatos anatómo-patológicos. Así, se acepta que la enfermedad es una forma patológica de vida.¹¹

El rápido avance tecnológico introduce en el campo médico otras disciplinas tales como la microbiología y el laboratorio clínico y entonces el modelo médico tiende a la sofisticación volviéndose predominantemente curativo, con tendencia a la especialización, reduccionista, ubicado preferentemente en hospitales, de cobertura limitada y con altos costos.

¹¹ Bichat en: Foucault, M.: El nacimiento de la clínica, Ed. Siglo XXI, 7a. ed. México, 1981, p. 215-216.

Como lo define el Plan Nacional de Desarrollo, la salud es una resultante de la interacción de factores biológicos, ambientales, económicos y sociales. Con este contexto, en la medida en que la población disponga de empleo, de una dieta alimentaria equilibrada, de una vivienda higiénica, de servicios de agua potable y drenaje y de un habitat salubre, de educación y de servicios que le permitan ocupar adecuadamente su tiempo libre, en esa medida estarán los habitantes en mejores posibilidades de resistir a los agentes que producen la enfermedad y la muerte. Por lo tanto, el mejoramiento sustancial del nivel de salud dependerá de que sean complementarias y estén debidamente articuladas las acciones que realicen las dependencias y entidades involucradas y los diversos sectores de la sociedad para mejorar la calidad de vida de la población.¹²

En la ENEP Iztacala se concibe a la salud como un proceso dinámico de adaptación a los cambios del ambiente - tanto biológico como psicológico y social- y que como proceso tiene la característica de multicausalidad. Dicha concepción supone además un vínculo indisoluble entre salud y enfermedad, considerando al hombre como ente pensante, que responde a los estímulos de cualquier índole de acuerdo con la interpretación que de éstos hace.¹³

Actualmente, el sector oficial señala que prevenir las enfermedades es mejor que curarlas, lo que implicaría un profundo conocimiento por parte del equipo de salud de la historia natural de la enfermedad para comprender en forma retrospectiva la génesis de cualquier proceso patológico y en forma prospectiva su evolución, curso y pronóstico.

¹² De Lamadrid, M., et al.: Plan Nacional de Desarrollo, México, 1983.

¹³ Reynoso, L.: "Los currícula de las diferentes carreras de la ENEPI frente a los problemas nacionales", VII Jornadas de aniversario, - ENEPI, México, 1982, p. 33-45

La enfermedad, como un fenómeno asociado a la vida y gobernado por las leyes biológicas y psicológicas (sobre to do la relación con la conducta humana) dejada en cada caso a su evolución natural, es decir, sin tratamiento, evolucionaría en una forma similar con variaciones conocidas y siempre correlacionadas a variaciones particulares del huésped, agente o medio ambiente. Este modo de evolucionar de la enfermedad, desde la etapa de la salud a la muerte o la recuperación, pasando por la etapa de enfermedad temprana, moderadamente avanzada y muy avanzada, o complicada, es lo que constituye la -- HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD Y EXISTE PARA CADA TIPO DE PADECIMIENTOS SIN IMPORTAR QUE SEA EL ORIGEN INFECCIOSO NEO-- PLASICO, DEGENERATIVO, METABOLICO, MENTAL, ETC. ¹⁴

La utilización del esquema de la historia natural de la enfermedad y unido a éste los niveles de prevención, po sibilita la realización de una serie de acciones encaminadas a la prevención primaria (promoción de la salud y protección específica) que pueden ir más allá de la simple promoción y anclarse en el ámbito educativo de la modificación conductual. Es entonces posible afirmar que la prevención debe transformarse en un proceso educativo y en estas condiciones la parti cipación del psicólogo en este terreno es justificada e indis pensable; porque el modelo médico que en la actualidad domina es el de atención individualista, las enfermedades se estudian con enfoque unicausal y se estudia al ser humano en forma fraccionada, pareciendo así un taller de reparación de órganos -y en el mejor de los casos de aparatos- reduccionismo y fragmentación elocuentes cuando los médicos hablan de aspectos psicológicos ubicados, según algunos, en un aparato más:

el aparato intrapsíquico, también susceptible de dañarse y, - por ende, de reparación.¹⁵⁻¹⁶ El modelo médico dominante se fundamenta en el estado actual del órgano enfermo, olvidando los aspectos preventivos y rehabilitatorios que en muchas ociones -las más de ellas- debieran ser desarrollados por el psicólogo.

15 Fernández-Varela, H. y Reynoso, L.: "La influencia de los modelos de programas de salud pública", XXXVII Reunión anual de la sociedad mexicana de salud pública, México, 1983.

16 Reynoso, L.: Formación de actitudes en los programas de enseñanza de la medicina, Fotocopiado, México, 1983.

C A P I T U L O

V

'LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO PREVENCIÓN'

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO PREVENCIÓN.

Dentro del área de la salud, las funciones profesionales más relevantes del psicólogo deben ser las de investigación, detección, prevención y rehabilitación, siendo estas -- dos últimas en donde el psicólogo, mediante el uso de técnicas específicas "reeducar" para remediar las deficiencias propiciadas por el medio ambiente desfavorable al desarrollo de la población.¹⁷

De acuerdo con lo expuesto por Roth,¹⁸ la educación tiene una función eminentemente formativa; más que acción informativa, constituye una práctica operativa cuyos procedimientos tienden a formar a los individuos a los que se dirigen; es decir, a la educación le interesa la implementación y mantenimiento de "nuevas" formas de conducta. Esto debe ser una meta primaria de la prevención.

En esta perspectiva, la salud no debe concebirse -- únicamente como la ausencia de enfermedad, sino como una actitud específica ante la vida y el desempeño individual. Las diferentes estrategias encaminadas a formarla y mantenerla deberían trascender la mera curación y tomar en cuenta la formación de repertorios conductuales que favorezcan la salud en su exacta concepción.

Tradicionalmente se ha usado el término de prevención para referirse tanto a ciertos aspectos profilácticos --

¹⁷ Ribes, E., et al.: op.cit.

¹⁸ Roth, E.: Proyecto educación para la salud. Fotocopiado. ENEP Iztacala México, 1952, p. 4, 6, 11, 13.

atribuidos a la acción de las vacunas, como a los diferentes cursos de acción médica destinados a reducir la incidencia de las enfermedades en la población.

Cabe en este momento efectuar una distinción entre niveles de prevención -primaria, secundaria y terciaria- que implican distintas formas de aproximación. La prevención primaria puede ser subdividida aún en dos posibles tipos de intervención. Así, dentro del primer tipo, podemos enclavar todas las acciones permisibles antes de la existencia de signos de disturbios conductuales y orgánicos.

Johnson, Bird y Little,¹⁹ consideran que el primer tipo de intervención constituye un intento de optimización de las condiciones que suelen afectar a toda la población para minimizar la incidencia del problema en cuestión.

El segundo tipo de intervención se orienta sólo hacia aquellos individuos propensos a manifestar el problema. (Una manera de comprender claramente este tipo de intervención podría ejemplificarse con el caso de los hijos de diabéticos, los cuales desde el punto de vista de la Genética tienen el cincuenta por ciento de posibilidades de padecer la enfermedad de sus progenitores). Lo anterior permite afirmar que en este subnivel se estará en posibilidades de actuar sobre individuos propensos a padecer algún problema, es decir, sujetos de alto riesgo.

Respecto de la prevención secundaria -o segundo nivel de prevención- ésta se refiere fundamentalmente a los aspectos de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, así como a la limitación del daño (dividida en tres posibilidades tipos de intervención). Finalmente, la prevención terciaria se

¹⁹ En: Roth, E.: op.cit.

refiere a los aspectos de rehabilitación. Independientemente de que el modelo médico utilice estos niveles de prevención - en forma por lo demás rígida, es indiscutible que en cualquier ra de los tres niveles de prevención deben contemplarse acciones educativas, independientemente de las terapéuticas propia mente dichas.

- 3 -

La educación en el área de la salud resulta un valioso recurso ya que sirve de base a la intervención preventiva primaria en cualquiera de sus dos tipos. Y esta intervención primaria debe (o al menos debiera) realizarse en tres -- escenarios diferentes: la escuela, la familia y la comunidad, ya que en nuestra cultura, la familia constituye la fuente -- primaria de los modelos psico-sociales. Algunas de las características de prevención podrían ser las siguientes: la forma ideológica de los valores y creencias, el desarrollo de habilidades interpersonales, la presentación de respaldo en períodos de crisis, la formación de la identidad y equilibrio emocional. La familia tiene una gran importancia por lo antes -- mencionado, pero en muchas ocasiones la formación de estas -- conductas se desarrollan en la escuela (guarderías, jardines de niños, escuelas a lo largo de todos sus grados). En la es cuela, el maestro recibe entrenamiento en las habilidades aca démicas, pero en lo referente a manejo conductual, la formación en general es deficiente. En consecuencia, el niño no -- recibe ni de su grupo familiar, ni del sistema escolar, el en trenamiento imprescindible para un óptimo desempeño como ser humano, pasando entonces a formar parte de los sujetos con -- riesgo.

Por otra parte, la comunidad también puede tener actividad preventiva, principalmente en actividades alternativas al desarrollo de diferentes problemas susceptibles de pre vención (como por ejemplo, la creación o uso de centros depor

tivos, clubes, etc.) que desarrollan permanentemente acciones de mejoramiento comunitario.

En estos tres diferentes escenarios el psicólogo encuentra un fértil campo de acción para el desarrollo de técnicas de modificación de conducta tanto a nivel individual como grupal. Estas posibles acciones preventivas nos permiten señalar al psicólogo como el profesional que puede actuar como punta de lanza del equipo de salud, desarrollando acciones -- tanto preventivas como rehabilitatorias, y canalizando a los sujetos con el profesionista adecuado (en casos de intervención sobre sujetos aislados). En el caso de intervención sobre grupos, el psicólogo puede -y debe- adiestrar a la comunidad, con lo que su función como educador en el área de la salud tendrá un sólido anclaje con la realidad, y al realizar acciones educativas en la comunidad tenderá ciertamente a lograr una forma de desprofesionalización.

C A P I T U L O

VI

'HISTORIA DEL DEPARTAMENTO DE ADOLESCENTES DEL
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"'

CAPÍTULO VI



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

HISTORIA DEL DEPARTAMENTO DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ",

Los siguientes párrafos serán dedicados a narrar brevemente el origen y desarrollo del Departamento de Adolescentes del Hospital Infantil de México.²⁰ A lo largo del texto se señalará la inserción del psicólogo, sus funciones y la aceptación del mismo a lo largo de estos años.

Dentro del Hospital Infantil de México, en 1965 fué fundada la Clínica de Adolescentes en función de la necesidad creciente de contar dentro de la institución con una sección dedicada al tratamiento integral de los problemas orgánicos y emocionales del adolescente, así como para proporcionar orientación social a miembros de este grupo humano, que hasta entonces no contaba con un sitio en México dedicado al manejo de -- sus problemas. Desde entonces ha brindado atención a jóvenes de ambos sexos con edades que fluctúan entre los 12 y 18 años inclusive, al momento de solicitar servicio.

La idea de formar un departamento de adolescentes -- surgió desde 1957 cuando uno de los pediatras del Hospital Infantil de México se enfrentó a la situación de carencia arriba mencionada, ya que los pacientes que asistían al Hospital eran dados de baja a los 12 años, no habiendo otra institución que

IZT. 1000417

²⁰ Pardo, M. Braverman, R.: "Hacia un mejor aprovechamiento del psicólogo clínico en una institución hospitalaria". Tesis profesional. UNAM, México, 1976.

les diera servicio médico exclusivo durante la etapa que fluctúa entre los 12 y 18 años.

En 1965 comenzó a prestar servicios a los adolescentes pero sin contar aún con espacio físico específico. Posteriormente se construyó un local anexo al Departamento de Higiene Mental donde se estableció formalmente la Clínica de Adolescentes del Hospital Infantil de México. Al iniciarse se dió servicio únicamente a los pacientes en edades de 12 a 15 años, por no contar con el personal suficiente para atender pacientes hasta los 18 años. Otro motivo para no atender a mayor población, fué el interés por evaluar el servicio que se empezaba a dar y posteriormente hacer las modificaciones necesarias para poder ampliar la admisión de pacientes.

Hasta 1966 el departamento era atendido tan solo por un médico y una trabajadora social; el médico pediatra abarcaba las funciones de administración, revisión y canalización de pacientes al lugar adecuado y la trabajadora social cubría los aspectos técnicos consistentes en la elaboración de estudios sociales. A partir de ese año se asignaron a dos médicos residentes, quienes rotaban durante ocho semanas para realizar su pasantía pediátrica en este departamento. Durante la estancia de estos médicos en el servicio se les indicaba que, en vez de abocarse a la solución de patología (como tradicionalmente se concibe a la medicina) deberían tratar con sujetos aparentemente sanos físicamente, lo que implicaría el abordar aspectos psico-sociales, generalmente soslayados por los médicos.

En 1971 se unieron el Departamento de Adolescentes y el de Higiene Mental, asignándose entonces un psiquiatra y una psicóloga (la primera) al servicio de adolescentes.

En 1975 ingresaron dos psicólogas más, empezando a cubrir las distintas salas de internamiento del hospital a tra

vés de interconsultas. En 1976 ingresaron dos psicólogas más con el fin de ampliar la cobertura de interconsultas del hospital. En este mismo año se decidió que tres psicólogas trabajarían exclusivamente con adolescentes, y se vislumbraba la posibilidad de trabajo en equipo para la solución de problemas de los sujetos en esta etapa de la vida.

Para 1979 el departamento contaba con cinco psicólogas, cuatro psiquiatras, cinco terapeutas familiares, dos trabajadoras sociales, tres médicos residentes, un médico adscrito especialista en adolescentes y un jefe de servicio.

En 1980 y por razones administrativas los departamentos de adolescentes e higiene mental fueron separados, habiendo ubicado en el primero a tres médicos residentes, un médico adscrito, un jefe de servicio y una trabajadora social, mientras que en higiene mental fueron adscritos cinco psiquiatras, nueve psicólogas, un licenciado en educación especial, una trabajadora social, cinco terapeutas familiares y dos residentes, distribución que persiste hasta la fecha para brindar servicio a los diferentes servicios del Hospital Infantil (incluido el servicio de adolescentes), condición que ha permitido la intervención del psicólogo en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de problemas conductuales, conjuntamente con el personal médico. En la actualidad, en algunas secciones del hospital el trabajo multidisciplinario se realiza en forma natural en tanto que se ha dado la convergencia natural de por lo menos dos disciplinas. Sin embargo, es necesario señalar que a 13 años de distancia aún existe personal médico que rechaza absolutamente la intervención del psicólogo sin tener más argumentos que una bata blanca.

Podemos señalar respecto de la Clínica de Adolescentes del Hospital Infantil de México que ha ofrecido al perso-

nal adscrito a la misma la oportunidad de estar en contacto - directo con las peculiaridades y problemas que caracterizan a los sujetos de este período de la vida. En este servicio se considera que los adolescentes se encuentran en un proceso -- acelerado de crecimiento y desarrollo, situación que los dife -- rencia nítidamente de los niños y los adultos, por lo que - - existe una gran tendencia a relacionarse con sujetos de su -- misma edad, factor que les permite entonces compartir su mun -- do biológico, psicológico y sociocultural. Dentro de los ado -- lescentes es frecuente encontrar el diagnóstico realizado por los médicos como "problemas emocionales", algunos de ellos -- normales e inherentes a los cambios propios de la maduración emocional, así como por el continuo reto a los patrones socio -- culturales donde el adolescente se ha desarrollado.

En la adolescencia existen frecuentemente vivencias familiares o personales que obligan al psicólogo a tener más contacto con el medio familiar y social donde el sujeto de es -- tudio se desenvuelve. Las razones citadas anteriormente per -- miten caracterizar al adolescente como sujeto de riesgo (es -- decir, candidato a la prevención, (primaria) tanto desde el pun -- to de vista conductual como médico, señalando además que en -- múltiples ocasiones el medio ambiente social donde el sujeto se desenvuelve se transforma en el factor desencadenante de -- problemas.

C A P I T U L O

VII

'CONCEPTUALIZACIÓN DEL ADOLESCENTE'

CAPÍTULO VII

CONCEPTUALIZACION DEL ADOLESCENTE.

De acuerdo con lo expresado con Rangel ²¹ se le denomina adolescencia "a aquella etapa del desarrollo de la personalidad que se interpone entre la infancia y la madurez adulta. Se conceptúa a la adolescencia como proceso psicosocial. Aunque el comienzo coincide con la iniciación de las funciones ováricas o testiculares que producen la pubertad, y este proceso se acompaña de importantes modificaciones físicas, las manifestaciones psicológicas de la adolescencia son independientes de aquellas. Su comienzo es más o menos definido, su terminación no lo es".

Existen diferentes criterios para delimitar este período de la vida, todos ellos arbitrarios. Sin embargo, es posible señalar que habitualmente transcurre entre los 12 y los 21 años, más o menos dos años, y puede ser subdividido en:

adolescencia temprana (hasta los 14 ó 15 años)
adolescencia tardía (a partir de los 15 años)

En la primera, los jóvenes tienen un pié en la infancia y otro en la adolescencia propiamente dicha, mientras que los segundos se encuentran entre la adolescencia y la vida adulta.

De unos años a la fecha se acepta que el ser humano debe ser considerado como ente biológico, con capacidad de pen

²¹ Rangel, L., en: Pardo, M. y Braverman, R.: op.cit.

samiento e interpretación de los fenómenos en una sociedad - con la cual interactúa. Esta concepción permitió la creación del término unidad bio-psico-social, manejado en la actualidad como sinónimo de integridad del sujeto. ²² En esta perspectiva y para fines de análisis, a continuación se señalarán los aspectos fundamentales de la adolescencia tanto desde el enfoque biológico como el psicológico y social.

ASPECTO BIOLOGICO:

El ser humano como unidad biológica inicia su crecimiento y desarrollo en el momento de la concepción, pasando por las diferentes etapas que se relacionan íntimamente antes de llegar a la edad adulta.

Las etapas que marcan el paso de la niñez al estado adulto se designan con los términos de pubertad y adolescencia.

El término pubertad tiene su origen en la palabra latina pubes que significa vello en el pubis; y se utiliza para describir y agruparla en la serie de variaciones que aparecen durante la fase de maduración sexual.

El término adolescencia, se refiere a los puberes - que ya han alcanzado un estadio posterior a la menarquía, en las niñas, y a los jóvenes que tienen ya espermatozoides maduros; en ambos generos se ha alcanzado ya la madurez en los órganos genitales.

Dulanto , ²³ resume en 4 puntos los cambios que se

²² Fernández-Varela, H. y Reynoso, L.: op.cit.

²³ Dulanto E. en: Pardo M. y Braverman R.: op cit. p. 11.

producen para transformar a un niño en un adulto:

1. Un reajuste general del sistema endócrino con aparición de nuevos estímulos hormonales, cuyo balance da por resultado la maduración de las gónadas, produciendo ovulación en las niñas y espermatogénesis en los varones, y como consecuencia de todo este proceso la aparición de cambios físicos inherentes al sexo y cuya expresión clínica puede resumirse, en los siguientes tres puntos:
2. Última etapa de crecimiento acelerado.
3. Aparición de caracteres sexuales secundarios.
4. Rápido desarrollo de genitales externos.

ASPECTO PSICOLÓGICO:

La evolución del proceso psicológico no se realiza en forma estrictamente paralela a la del desarrollo orgánico. Biológicamente, el individuo en la etapa de la adolescencia "ha terminado de crecer", mientras que psicológicamente se encuentra en un cambio de adaptación al medio ambiente. La diferencia entre velocidad de maduración física y psicológica varía en función de la cultura siendo más marcada en los países de alto grado de desarrollo industrial, que en las necesidades de preparación y adaptación son mayores.

Podemos resumir el proceso emocional que se da en la adolescencia:

1. Aceptar los cambios de su imagen corporal.
2. Aprender la conducta a seguir de su rol sexual.
3. Aprender a controlar su conducta respecto a los cambios de su cuerpo.

ASPECTO SOCIAL:

Mediante el proceso de socialización, el individuo controla su conducta para "adaptarse" a la sociedad, en la -- cual se desenvuelve. Dicho proceso se inicia cuando el individuo nace, interviniendo como agentes socializadores su familia y grupo social, así como los escenarios en los cuales participa el individuo.

El adolescente, al igual que todos los individuos, socialmente es producto de la cultura donde se desarrolla. - La familia como unidad, además de estar influenciada por la cultura donde vive, es un factor determinante en la evolución del individuo durante la adolescencia, al igual que lo ha sido y será a través de todas las etapas de la vida.

Pasada la niñez y la pubertad, en su lucha por dejar la dependencia familiar, los adolescentes tienden a la -- formación de grupos. Estos grupos son diferentes, según se trate del sexo masculino o femenino, socialmente no debe impedirse la formación de estos grupos, ya que su existencia debe ser considerada como necesaria dentro del desarrollo humano - del individuo.

TERMINACION DE LA ADOLESCENCIA.

¶ No hay edad precisa que marque la terminación del período de la adolescencia. Sin embargo, existen ciertas características que señalan el fin de esta etapa.

Idealmente la resolución de la adolescencia se caracteriza por:

1. El establecimiento de la identidad sexual.
2. La elaboración de una serie de conductas para integrarse a su medio ambiente.²⁴

²⁴ Pardo, M., Braverman, R.,: op.cit., p. 4-16

C A P Í T U L O

VIII

'EL PROGRAMA DE ORIENTACIÓN SEXUAL'

EL PROGRAMA DE ORIENTACION SEXUAL.

A) INTRODUCCION.

Durante los últimos años se ha visto crecer el número de pacientes que consultan al departamento de adolescentes por problemas de disfunciones menstruales, en muchos casos con secuencia de automedicación en materia de anticonceptivos, o bien presentarse como complicación tardía de un aborto inducido. Ambos problemas tienen como origen -las más de las veces- una mala información respecto de la sexualidad. En otras ocasiones, la inadecuada dinámica familiar actúa como factor desencadenante de este tipo de problemas.

Por otra parte, se ha encontrado con frecuencia que los adolescentes de ambos sexos acuden en busca de orientación y aclaración respecto de múltiples fantasías o temores respecto de su función sexual. De esta manera, surgió una nueva necesidad asistencial para tratar, en forma integral, problemas de índole educacional, médico, social, etc., derivados del sexo y la conducta sexual.

Los problemas señalados anteriormente justificaron la creación de la clínica de orientación sexual, en la que actualmente participan psicólogos, médicos y trabajadores sociales. El propósito fundamental de este grupo es realizar una función de guía y orientación para lograr una adecuada salud sexual en los jóvenes que solicitan ayuda en esta esfera.

Punto esencial de nuestro trabajo se basa en la defi

nición de salud sexual de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que dice: "Salud sexual es la integración de los elementos emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad y la comunicación."²⁵

B) FUNDAMENTACION.

El rápido crecimiento demográfico que presenta nuestro país, ha hecho que de la población total (67'405,200) en los cuales 33'181,900 son hombres y 34'223,800 son mujeres, - el 31.4% de la población tenga menos de 10 años; el 24.5% entre 19 y 20 años, y constituyen el 55.9% de nuestra población total.

Un esquema piramidal de ella puede consultarse en el siguiente cuadro: ²⁶

Edad	en	años	%
0	a	9	31.4
10	a	19	24.5
20	a	29	15.8
30	a	39	10.5
40	a	49	7.5
50	a	59	4.9
60	a	+	5.4

En 1978, el 45.6% de la población era menor de 15 años; el grupo de mujeres de edad fértil era de 14'668,800 lo que representaba el 45.3% de la población del país, y la tasa de crecimiento era del 3.2%, una de las más altas del mundo.

²⁵ OMS. Declaración sobre salud sexual, Ginebra, 1975.

²⁶ Sumano, E.: Proyecto de Orientación Sexual para el adolescente. Hospital Infantil de México, México, 1979.

El grupo de población de las mujeres de 15-19 años el 1970 era de 1'588,000 lo que correspondía al 5.32% del total de la población. Este mismo grupo para 1978 aumentó a 3'543,900.

La tasa específica de fecundidad en 1973-1975 para el grupo de 15-19 años fué de .1047, por lo que una de cada 10 mujeres tiene un hijo al año.

Los niños nacidos vivos en el grupo de mujeres de 15-19 años en 1970 fué de 0.20 en el medio urbano y 0.31 en el medio rural.

El porcentaje del total de nacimientos en mujeres menores de 18 años se presenta en la siguiente tabla: ²⁷

México	7.2 %
E.U.A.	5.8 %
Inglaterra	3.0 %
Suecia	2.0 %
Japón	0.5 %

El 12% de los nacimientos totales en México por año corresponde al grupo de edad de menores de 20 años; de este grupo, solo la quinta parte se encuentra casada. Los datos antes citados implican graves problemas para el país, ya que la mortalidad neonatal infantil para los hijos de adolescentes es de 50% más alta que para los hijos de madres adultas. La natalidad a edad más temprana puede ser explicada con base en la teoría biológica que demuestra la tendencia universal de presentación más temprana de la menarquia, por lo que las jóvenes de hoy se encuentran sexualmente maduras a edades relativamente más tempranas que sus progenitores. Aunado a lo

²⁷ Sumano, E.: op.cit.

anterior, es necesario señalar que el control que antiguamente se ejercía sobre los jóvenes en la esfera social respecto del uso de su sexualidad ha decrecido progresivamente en nuestra cultura, tanto por el rápido crecimiento urbano como por cambios en la estructura familiar, encontrándose en estos días un índice mayor de mujeres que trabajan, así como una mayor escolaridad (aproximadamente el 40% de adolescentes entre 12 y 18 años superan la escolaridad de sus padres). Esto nos hace pensar en "un nuevo tipo de madres" que han transcurrido de la niñez a la pubertad y de ahí a la maternidad, sin vivir su adolescencia, madres de un grupo potencialmente riesgoso que podrían presentar conductas aversivas al producto y que se objetivarían bajo el dato de niños maltratados física o socialmente.

A lo anterior debemos agregar que, en nuestro medio, los distintos subsistemas abocados a promover el desarrollo humano y la salud comunitaria, además de ser escasos, no cuentan con programas que responden en forma adecuada a esa necesidad, dejando un campo abierto y a la vez fértil para la adopción por parte de los jóvenes de soluciones brindadas las más de las veces por conseja de empíricos y que, en vez de resolver problemas, los complican tanto física como emocional y socialmente.

Dado que el desarrollo sexual es un componente del crecimiento y desarrollo integral (incluyendo aspectos psicológicos), la ayuda que se puede proporcionar para facilitar ese sano crecimiento tendrá una incidencia directa sobre la facilidad con que pueda alcanzarse el desarrollo y la madurez sexual. Coincidimos en lo señalado por Sumano²⁸ al referir que "en la medida en que el adolescente va formulando sus propias conductas desarrolla un criterio acerca de la conducta .

28 Sumano, E.: op.cit.

sexual. Mediante una orientación directa y flexible, se pueden aclarar sus dudas, conductas y actitudes frente a diversos problemas".

Es en esta perspectiva en donde el psicólogo, integrado a un equipo multidisciplinario puede desarrollar funciones de prevención, elaborando programas para ayuda del adolescente (previniendo en algunos casos y corrigiendo en otros).

Los datos antes citados nos permiten señalar la presencia de un problema de salud en este importante grupo etario, al que deben proporcionarse servicios tanto de psicología como de medicina preventiva en el área de la sexualidad, por lo que, para lograr este propósito, nos hemos fijado los siguientes objetivos:

1. Orientar y guiar a los jóvenes en el conocimiento de su desarrollo sexual.
2. Brindar un servicio médico especializado de planificación familiar a jóvenes de ambos sexos, tanto individual como en pareja, cuando el caso así lo amerite.
3. Asesorar al personal de las diferentes áreas (médicos y trabajadoras sociales para informar e integrar a los jóvenes que asistan.
4. Que la experiencia que se obtenga sirva como modelo para la creación de clínicas similares a ésta, en otras instituciones.

Las políticas de trabajo del Departamento fueron las siguientes:

1. La Clínica de Orientación Sexual ofrecerá sus servicios a través de profesionales especializados -

en esta área a los jóvenes de ambos sexos que concurran al departamento y requieran atención en esta área.

2. La prestación de estos servicios será a través de la consulta externa.
3. Se trabajará los miércoles de 9 a 17 hrs.
4. Se dará tratamiento y control médico del servicio que se brinda.
5. Los jóvenes serán estudiados en sus aspectos orgánicos, psicológicos y sociales.
6. Se proporcionará asesoría, tanto en forma individual como de grupo, así como a instituciones (Escuelas, Hospitales, centros de salud), que así lo soliciten.
7. Se efectuará investigación específica de esta área para los efectos de retroalimentar los planes y programas de esta sección.
8. Se brindará orientación a la familia sobre las implicaciones sociales, que significa el hecho de tener uno o varios hijos en esta etapa de crecimiento y desarrollo.

C) RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.

1. Recursos Humanos:
 - a) Médicos (pediatras, supervisor de ginecología, especialistas en medicina de adolescentes).
 - b) Psicólogos
 - c) Enfermera
 - d) Trabajadora Social
 - e) Secretaria

- f) Laboratorista
- g) Personal de limpieza y mantenimiento

2. Recursos Materiales:

Estos implican el espacio físico apropiado que brinde a los jóvenes, un ambiente de comodidad y privacidad.

Para lograr esto se hace necesario:

- a) Consultorios médicos y psicológicos
- b) Gámara de Gessell
- c) Laboratorio
- d) Sala de reuniones
- e) Sala de espera
- f) Baños
- g) Oficina de recepción
- h) Oficina de Trabajo Social
- i) Oficina de Enfermería
- j) Oficinas administrativas
- k) Biblioteca

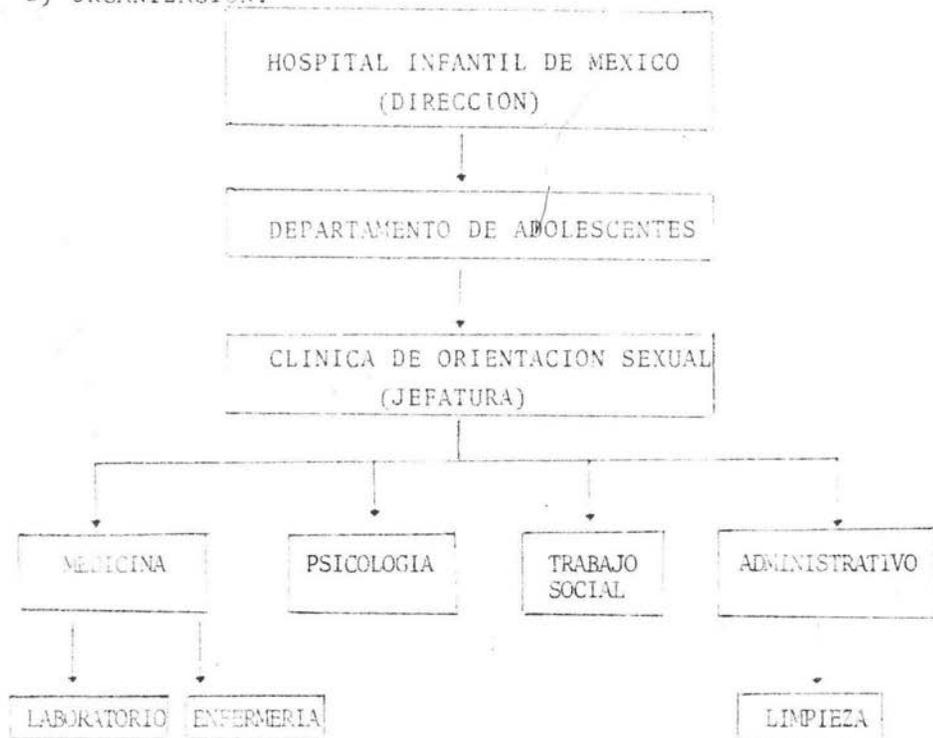
3. Material de apoyo audiovisual:

- a) Una serie de diapositivas que ilustren los cambios morfológicos y funcionales de la niñez a la vida adulta.
- b) Proyector de diapositivas
- c) Franelógrafo
- d) Rotafolios
- e) Modelos anatómicos

ORGANIZACION.

A continuación, se presenta el organigrama del Departamento.

D) ORGANIZACION.



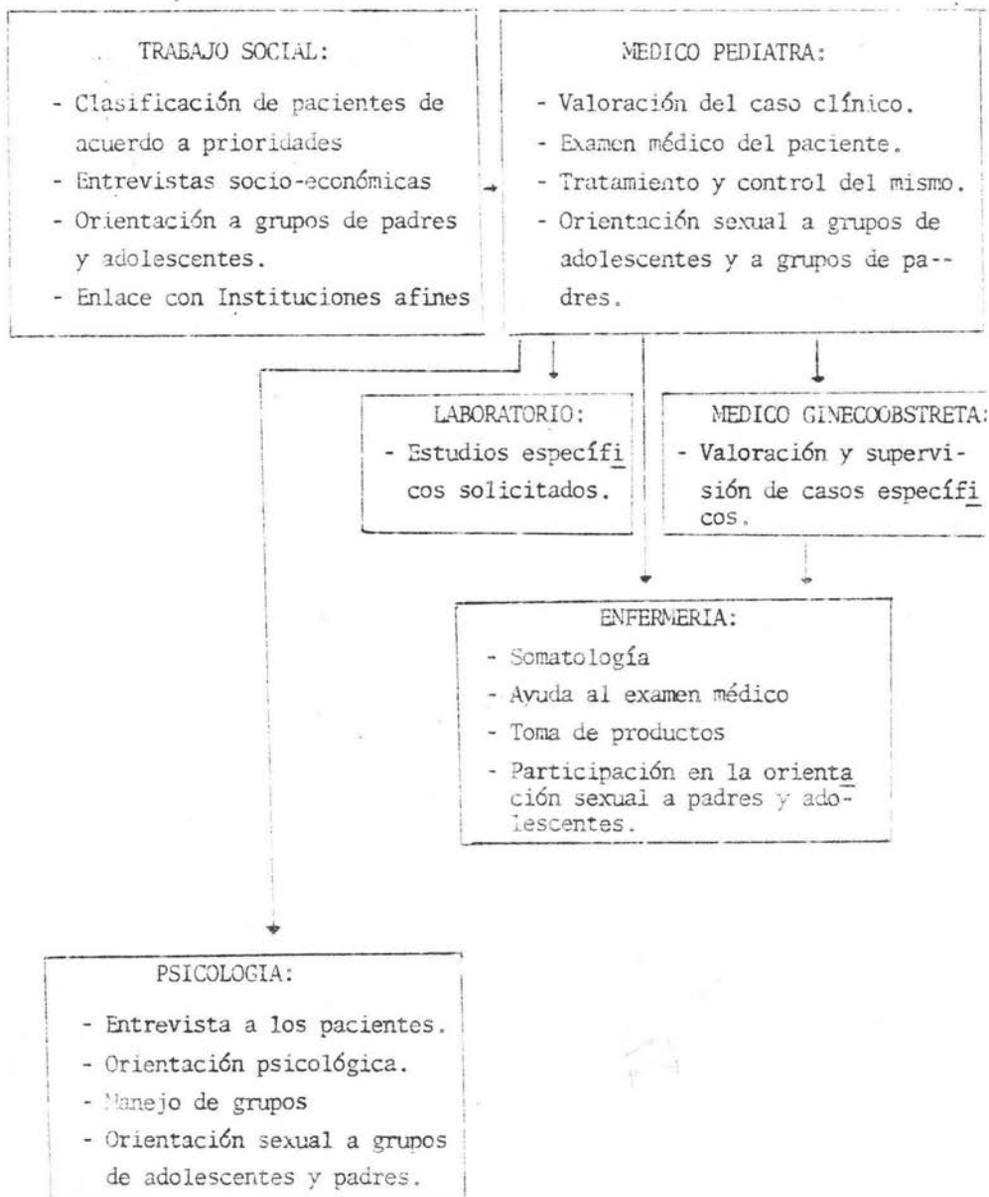
El responsable del programa será el médico especialista en medicina de adolescentes, encargado de la Clínica de Orientación Sexual, asesorado por el jefe del Departamento de Medicina de Adolescentes y el médico consultante especializado en ginecología.

Los responsables a nivel operativo, serán el personal de psicología.

Las áreas médicas, psicológicas y trabajo social, - darán esta información (orientación) y darán un reporte mensual a la jefatura, para determinar la marcha del programa.

La supervisión: se realizará por el médico encargado de la jefatura y sus asesores.

E) DIAGRAMA DE ACTIVIDADES:



F) ORGANIZACION DE LAS SESIONES, FORMA DE TRABAJO Y TEMATICA.

Los programas de educación sexual desarrollados en el sistema escolarizado en nuestro país iniciaron oficialmente a partir de 1973, conjuntamente con la reforma a los libros de texto gratuitos en la educación primaria. Estos programas, iniciados prácticamente por decreto, tienen como desventaja el inadecuado manejo por parte de los profesores de educación primaria, con lo cual el tema es inadecuadamente cubierto, lo que origina dudas y conceptos erróneos. La educación sexual como programa escolarizado está presente dentro del plan de estudios de la Escuela Normal Superior, siendo revisado someramente. Incluso en las escuelas de Medicina del país, el tema de educación sexual muchas veces es desarrollado con poca extensión y profundidad. Sin embargo, cuando existen problemas de índole sexual, inmediatamente se piensa que el médico se encuentra capacitado para abordar el tema desde un punto de vista preventivo o educativo.

Hasta el momento actual, los problemas derivados del desconocimiento de la sexualidad y del manejo de ésta han sido considerados del orden social, y a últimas fechas se ha manifestado la necesidad de orientación e información y, sobre todo, de educación sexual. Ahora es posible desarrollar programas de educación sexual contando con psicólogos, trabajadoras sociales y médicos, con el objeto de brindar una orientación amplia al respecto. Se parte de la base que la sexualidad del adolescente debe ser manejado en forma adecuada para que en futuro se tengan adultos sanos física y psicológicamente. Lo anterior puede lograrse a través de un programa de orientación continua, donde el equipo de trabajo (psicólogo, trabajadora social y médico) realicen la primera parte, y los padres de familia el siguiente.

El programa de orientación sexual que se inició en el departamento de adolescentes del Hospital Infantil de México pretende establecer acciones preventivas en el ámbito educativo, basado en el siguiente objetivo: "Orientar y guiar a los adolescentes en el crecimiento y desarrollo sexual y genital". Para lograr este objetivo, y como primera tarea dentro del programa, se realizan sesiones de información a grupos de adolescentes previamente seleccionados, con el objeto de dotarlos de conocimientos básicos respecto de su desarrollo físico, así como de los cambios endocrinológicos y psicológicos de esta etapa de la vida. Posteriormente, se revisan aspectos anatómicos y fisiológicos del sistema reproductor, así como embarazo, parto y lactancia, métodos anticonceptivos, abortos y enfermedades venéreas.

Los líderes de estas sesiones son: una psicóloga, - que dirige la dinámica grupal, promoviendo la participación y el interés de los asistentes, así como un médico residente de pediatría. Los grupos están formados por adolescentes de ambos sexos, en número de 5 a 15. Al expandirse el programa a la comunidad, estas sesiones se han impartido en escuelas secundarias, preferentemente en aquellas que, por su ubicación, el alumnado lo forman jóvenes de escasos recursos que no reciben los beneficios de la seguridad social y que, por lo tanto, se encuentran expuestos a riesgos sociales (embarazos no deseados, enfermedades venéreas, abandono de estudios, fracaso escolar, etc.), todos ellos derivados del mal uso que podrían hacer de su sexo y conducta respecto de éste.

En este tipo de sesiones informativas, la psicóloga tiene un papel relevante, ya que planea las sesiones de acuerdo a las características del grupo de adolescentes y su problemática (madres solteras, parejas de jóvenes que se van a casar, solicitantes de métodos anticonceptivos o de prevención por enfermedades venéreas; asesoramiento en grupo de pa-

dres para tener un seguimiento con los jóvenes, etc.), con el fin de manejar técnicas de motivación adecuadas y después obtener retroalimentación.

Estas sesiones informativas se desarrollan durante dos días, bajo la siguiente temática en general:

PRIMERA SESION:

1. Crecimiento y Desarrollo del Adolescente.
2. Aparato reproductor masculino.
 - a) Caracteres sexuales primarios
 - b) Caracteres sexuales secundarios
3. Aparato reproductor femenino.
 - a) Características sexuales primarias.
 - b) Características sexuales secundarios.
4. Menstruación.
5. Masturbación.
6. Conceptos generales de higiene: ?
7. Aspectos psicológicos de todos estos cambios físicos, fisiológicos y conductuales.

SEGUNDA SESION:

8. Respuesta sexual humana
 - a) Fisiología
9. Embarazo, Parto, Lactancia.
10. Métodos anticonceptivos.
11. Aborto
12. Enfermedades venéreas.
13. Aspectos psicológicos de la conducta de responsabilidad y prevención para el adolescente.

La metodología empleada para el desarrollo del programa es la siguiente:

Todo sujeto que ingrese a este programa es recibido por la trabajadora social, quien aplica un cuestionario (ver apéndice), que nos permite conocer los siguientes datos:

1. Sexo
2. Edad
3. Escolaridad
4. Nivel socioeconómico
5. Situación familiar.
6. Motivo de su asistencia

Además, se aplica un cuestionario (ver apéndice) -- que permite valorar en términos generales los conocimientos - del sujeto en aspectos sexuales. Este cuestionario es analizado por la psicóloga y le permite clasificar a los sujetos, decidiendo así su inserción en un grupo con el que desarrollará el programa. La psicóloga debe matizar los temas del programa, de acuerdo a las características particulares de cada grupo. Cabe hacer mención que en esta tarea de programación la psicóloga es auxiliada por un médico.

Una vez planeadas las estrategias de intervención - para un grupo determinado, y con el objeto de lograr una mejor comunicación y respuestas entre los asistentes, la primera sesión se inicia con una dinámica grupal, para posteriormente utilizar técnicas de base expositiva apoyadas con medios audiovisuales, así como técnicas de discusión en pequeños grupos que incluye la exposición de conclusiones por parte de los adolescentes. Posteriormente, se dedica un tiempo variable a responder a las interrogantes planteadas por los jóvenes. Durante el transcurso de las sesiones se encuentra presente un médico residente de pediatría, que en términos generales se limita exclusivamente a discutir sobre aspectos -- anatómicos y funcionales, recayendo la conducción del grupo - en la psicóloga.

(Al término del programa, la psicóloga aplica nuevamente el cuestionario que inicialmente fué utilizado (ver - - apéndice), con el fin de verificar logros a través de su intervención. Es necesario señalar que este cuestionario intenta medir exclusivamente aspectos cognoscitivos.

Posteriormente a estas sesiones de tipo informativo, el programa se desarrolla con base en entrevistas con adolescentes aislados -o bien parejas de adolescentes- con el fin - de realizar acciones de reforzamiento a nivel individual.

Durante la participación en grupo se pueden detectar inquietudes en algun tema y así se les ofrece discutirlo o informarlo en forma individual, de 2 a 4 sesiones.

Otras ocasiones, parejas de jóvenes piden citas -- pues se quieren casar y quieren planear su familia, o sin casarse desean controlar la llegada de familia.

De la solicitud de estas parejas se pueden formar - grupos para ver, estudiar y tratar de unificar criterios para poder ser una pareja más reponsable.

Una cuarta forma de ayuda es cuando detectamos que hay vida sexual activa y que hay un alto riesgo de embarazo, se les llama en forma individual y se les habla en forma preventiva y cuando así se puede, se invita a la pareja para que participe en el control y prevención.

Una quinta forma es cuando ya hay un embarazo, se - les orienta sobre el futuro del bebé y si lo solicitan, se -- les invita a su pareja para compartir responsabilidades.

G) RESULTADOS.

Después de tres años de trabajo en el Programa de Orientación Sexual del Hospital Infantil de México, hemos encontrado una serie de datos que en este capítulo se ponen a consideración, con el objeto de elaborar un reporte general. Así, se clasificaron inicialmente a los asistentes a este programa bajo los siguientes parámetros:

1. Sexo
2. Edad
3. Estado civil
4. Actividad sexual previa
5. Escolaridad

SEXO:

En la tabla 1 se puede observar que, en cuanto al sexo, no hay diferencias significativas. Sin embargo, ha habido un mayor número de pacientes femeninos (56.95%, 39.82%, 62.79%) en comparación con los masculinos (43.04%, 60.17%, 37.20%). Esta diferencia pudiera ser explicada de acuerdo a las tradiciones, en el supuesto que es el hombre "quien todo lo sabe respecto del sexo" y, por ende, no necesita ninguna información adicional, mientras que la mujer, sujeto-objeto pasivo y receptivo acepta cualquier clase de información, incluso la referente a conducta sexual.

EDAD:

Por lo que se refiere a la edad, en la tabla 2 puede apreciarse que hubo más jóvenes mayores de 15 años (50.67%, 67.25%, 39.53%) que los menores de 15 años (49.32%, 32.74%, 60.46%) encontrando una diferencia significativa, debida probablemente a que los sujetos de menor edad las más de las ve-

ces asisten acompañados de sus padres, lo cual condiciona inhibiciones de sus actitudes -incluso preguntas o comentarios- a diferencia de los sujetos de mayor edad, en donde muestran un mayor interés en el tema y formulan varias preguntas, resultantes de sus dudas, conceptos erróneos o fantasías respecto al -sexo.

ESTADO CIVIL:

En cuanto al estado civil, la tabla 3 muestra cómo -la mayoría de los jóvenes reportaron ser solteros (96.63%, -- 95.13%, 91.86%), de los cuales (98.95%, 98.52%, y 100%) eran -hombres y (94.88%, 90.0% y 87.0%) eran mujeres. Dentro del -- grupo de casados (3.36%, 4.86% y 8.13%) se encontró un mayor -porcentaje de mujeres casadas (5.11%, 10.0% y 12.96%) en comparación con los hombres (1.04%, 1.47% y 0%). Dentro de este rubro es importante señalar que los sujetos que se encuentran viviendo en unión libre no se encuentran reportados como casados, lo que condiciona resultados incorrectos. Por otra parte, los jóvenes que se encuentran viviendo en unión libre son sujetos de alto riesgo, susceptibles de ser madres solteras, y caer -- entonces en la clasificación del "nuevo tipo de madres" citado anteriormente.

ACTIVIDAD SEXUAL PREVIA:

La tabla 4 muestra que la mayoría de los sujetos no eran sexualmente activos (76.68%, 64.60%, 76.46%), mientras -- que aquéllos con vida sexual previa representaron (23.31%, -- 35.39%, 23.25%). Haciendo un corte por edad y sexo, encontramos que en las mujeres menores de 15 años existía mayor actividad sexual (14.56%, 10.82%, 26.92%) que en los hombres de ese -mismo grupo de edad (5.12%, 20.0%, 7.69%), mientras que en los varones mayores de 15 años había mayor actividad sexual (62.66 53.48%, 16.66%) que en las mujeres de ese grupo etario (23.84%

(23.84%, 28.78%, 35.71%).

Los datos anteriores permiten señalar que, dentro -- del grupo de edad de menores de 15 años, las mujeres presenta-
ban mayor incidencia de actividad sexual respecto de los hom--
bres, mientras que, dentro de los mayores de 15 años, la mayor
actividad sexual correspondió a los hombres. (Ver tablas 6 y -
7).

ESCOLARIDAD:

En la tabla 8 es posible apreciar la escolaridad de los asistentes al programa. Así, es posible señalar que la ma
yoría de éstos se encuentran cursando la educación secundaria (49.55%, 21.23%, 36.04%) seguidos de otro grupo importante cur
sando la educación primaria (17.48%, 19.46%, 33.72%); en tercer lugar se encuentran aquellos que cursan bachillerato (10.98%, 47.78%, 9.30%); posteriormente, los que cursan nivel profesio-
nal (18.60%, 5.75%, 17.44%) así como un número relativamente -
bajo de analfabetos (0%, 0.88%, 1.16%).

En el desarrollo de las actividades del programa, es
ta primera clasificación nos permitió establecer, además, una serie de dudas y fantasías respecto de la sexualidad, expresa-
das por los jóvenes insertos en el programa, así como actitu--
des -expresadas en términos de participación- variables de - -
acuerdo a edad y sexo. Un punto que vale la pena referir con-
siste en la expresión de los jóvenes al efectuar algunas pre--
guntas o consultar dudas, en el sentido que muchas veces un --
problema propio lo refieren inicialmente a una tercera persona
generalmente a un amigo.

Por otra parte, es importante señalar que, en térmi-
nos generales, la información previa sobre sexualidad que los

jóvenes insertos a este programa poseían, era errónea, y con conceptos tales como los siguientes:

En las mujeres, respecto de la menstruación, encontramos expresiones variadas sobre hábitos higiénicos, en tanto que muchas consideraban que no debían bañarse durante el período menstrual, o bien, que no debían realizar ningún tipo de ejercicio, o variar sus hábitos alimenticios, ya que -refirieron algunas- "los alimentos ácidos interrumpen la menstruación". Independientemente de estos conceptos, existía desconocimiento respecto de la cantidad del sangrado menstrual, el tiempo de duración y la periodicidad de este fenómeno.

Respecto de las características sexuales secundarias (aparición de vello pubiano, crecimiento de las glándulas mamarias, etc.) se encontraron múltiples dudas; sin embargo, la mayoría coincidía en que la aparición de estos caracteres en más tamaño les concedía mayor feminidad.

Frecuentemente, las jóvenes preguntaban respecto del himen, su ubicación anatómica, su resistencia o elasticidad y la asociación del mismo con la virginidad. Además, un cuestionamiento de gran trascendencia para las jóvenes consistía en preguntar de qué manera los hombres podían darse cuenta si la mujer es virgen o no.

Otro tema de gran interés para las mujeres, consistía en la masturbación; muchas jóvenes ignoraban la posibilidad de que existiese; otras preguntaban respecto de las consecuencias de esta acción; las más de ellas preguntaban respecto de lo dañino o no de la misma.

Del embarazo, encontramos múltiples dudas y conceptos erróneos, desde el embarazarse por medio de un beso, o embarazarse por haberse sentado en el lugar que un hombre lo hi-

ciera previamente. Ligado a este tema, infinidad de preguntas sobre el aborto, tipos de aborto, legalidad o ilegalidad del mismo, así como preguntas respecto de medidas anticonceptivas.

Otro punto de interés consistió en preguntar respecto de las enfermedades venéreas en la mujer, existiendo dudas sobre el hecho de que las mujeres las padecen, y las formas de detección de éstas.

En los hombres, uno de los temas de mayor interés -- consistió en la aparición de caracteres sexuales secundarios -- (aparición de vello pubiano, cambios del tono de voz, etc.) como sinónimo de mayor potencia sexual. En este sentido, también consideraban que, a mayor tamaño de los genitales (fundamentalmente el pene y los testículos) existiría mayor potencia sexual.

Encontramos en este grupo de jóvenes un temor generalizado respecto de la masturbación, señalando que ésta disminuye la potencia sexual, que el hombre que la practica cotidianamente se convertirá en deficiente mental, que aquél que la realiza después de un tiempo va a "secarse o vaciarse", que aquéllos que la practican tendrían "pelos o granos en las manos", etc.

Una duda común consistió en la confusión conceptual entre erección y eyaculación. Mientras algunos consideraban estos términos como sinónimo, la mayoría los desconocían.

Respecto de la eyaculación, algunos jóvenes manifestaban temor y confundían las poluciones nocturnas con la enuresis. Los jóvenes de mayor edad preguntaban respecto de la eyaculación precoz y cómo retrasarla.

También se encontraron dudas sobre la circuncisión;

en tanto que algunos la consideraban sinónimo de castración, - otros cuestionaban sobre la mayor o menor sensibilidad del pe- ne circuncidado.

Una pregunta frecuente consistía en el número de ve- ces que el hombre podría tener relaciones sexuales llegando al orgasmo; derivada de ésta, como estar seguro de ser responsa- ble de una presunta paternidad. También hubo múltiples dudas respecto de las enfermedades venéreas, en términos de su detec- ción.

IZT. 1000417

El trabajo con estos grupos de jóvenes permitió la - discusión de los conceptos erróneos, brindándose de esta mane- ra orientación y guía para los adolescentes, habiéndose obser- vado que una gran mayoría (aproximadamente el 90%) modificaron la información previa que poseían, teniendo entonces conceptos básicos que permitan modificar su conducta respecto de la se- xualidad. Lo anterior se desprende del hecho que inicialmente estos jóvenes eran reacios a hablar sobre el tema; tras la in- serción al programa, eran capaces de poder hablar, preguntar y discutir sobre el particular. Sin embargo, para determinar si estas modificaciones conductuales pudieran generar cambios de actitudes, tendría que realizarse un seguimiento y evaluación a largo plazo que fuese concluyente, dejándose abierta esta po- sibilidad.



C A P I T U L O

IX

'DISCUSIÓN DEL PROGRAMA'

CAPÍTULO IX

D I S C U S I O N

Es importante señalar que las cifras totales de sujetos por año son exclusivamente de aquellos que han accedido -- por vez primera al mismo, en tanto que los sujetos subsecuentes pueden seguir asistiendo a consulta psicológica o médica, pero no son contabilizados. El programa de orientación sexual se desarrolla una vez por semana, mientras que las labores de consulta psicológica con egresados del programa, son sujetos - hospitalizados o dados de alta se lleva a cabo. cuatro veces -- por semana.

De acuerdo con los resultados obtenidos, llama la -- atención la relación edad-actividad sexual previa de acuerdo - al sexo. En este sentido, fué notoriamente superior la cantidad de mujeres menores de 15 años con actividad sexual respecto de los hombres, mientras que en el grupo de edad de mayores de 15 años, la relación fué inversa (es decir, un altísimo número de hombres con actividad sexual respecto de las mujeres). Este fenómeno podría ser explicado de la siguiente manera: las mujeres menores de 15 años probablemente accedan a tener relaciones sexuales por curiosidad, o bien sean "convencidas" por ignorancia y es así que en una muestra de 27 sujetos se encontró que el 40.90% inició vida sexual por una violación incestuosa, situaciones que posibilitan el contar con sujetos de -- riesgo -potenciales madres jóvenes- que formarían el "nuevo tipo de madres" antes descrito, y en tanto grupo de riesgo, podrían presentarse éste y otros problemas tales como abortos -- provocados, automedicación abortiva o anticonceptiva, etc. Si estas jóvenes tuviesen hijos, éstos podrían ser víctimas de -- mal trato, ya por ignorancia de la madre o por rechazo de ésta, etc.

Por otra parte, si las mujeres lograsen cruzar virgenes la barrera de los quince años, entonces el comportamiento de ellas sería el impuesto por las tradiciones sociales, es de cir, que la mujer debe llegar "virgen y pura" al matrimonio, -entendiéndose por pureza entre otras cosas la ignorancia absoluta de aspectos sexuales.

Respecto de esta relación edad-actividad sexual en el grupo de hombres, es necesario recordar que la adolescencia masculina inicia un poco después respecto de la femenina, lo cual podría explicar que el grupo de edad de menores de 15 - años se preocupe más por conocer y preguntar sobre la sexualidad, y un porcentaje relativamente bajo presenta actividad sexual. Por otra parte, un adolescente mayor de 15 años en este contexto social, que ya ha presentado poluciones nocturnas, según la conseja popular debe visitar a una prostituta con el objeto de demostrar "su hombría", pues de lo contrario, "hay que dudar de qué bando es", como si esta condición marcara o predijera la buena evolución de la vida sexual de las personas.

Dentro del grupo de adolescentes con actividad sexual, fué notorio que aquéllos que acudían espontáneamente a la consulta, fundamentalmente buscaban información sobre metodología anticonceptiva.

Al informarse de la existencia del programa de orientación sexual e ingresar al mismo, buscaban resolver dudas sobre textos o pláticas sostenidas previamente sobre el tema. -- Del 100% que ha ingresado a este programa, un 75% regresa a la consulta médica o psicológica, pudiéndose detectar que el 45% continúa asistiendo regularmente con el objeto de asesorarse sobre diversos temas, buscando principalmente la orientación del psicólogo. Finalmente hay que señalar que un 15% asistieron exclusivamente a las sesiones del programa y no regresaron jamás.

Después de tres años de trabajar continuamente este programa pudimos notar que los temas de mayor interés variaron respecto al grupo de edad y al sexo. Creemos que el tipo de población de adolescentes manejada en el programa es una muestra representativa de los adolescentes del medio urbano, con múltiples dudas, información distorsionada, mitos, creencias, temores y fantasías respecto de la sexualidad.

Tal como se afirmó anteriormente, el grupo de adolescentes puede -y debe- ser considerado como de alto riesgo de presentar problemas, tanto por sus conductas de rebeldía y con tradición como por la posibilidad de descubrir cosas desconocidas. Así, un embarazo no deseado podría concluir en maltrato a un menor, ya que una adolescente con este problema se vería en la disyuntiva de adoptar conducta de madre (la cual desconoce) o continuar con su conducta de adolescente, prefiriendo generalmente esta última. Condición similar podría plantearse para el caso de los varones.

En tanto que los adolescentes forman un grupo de alto riesgo y que, como se mencionó anteriormente, representan el 45.3% de la población, es posible apuntar la enorme posibilidad de incidencia de abortos provocados, enfermedades venéreas, suicidios, depresión, embarazos no deseados, como problemas de salud (reales o latentes) en nuestra población. Lamentablemente las estadísticas nacionales en materia de salud no necesariamente son un fiel reflejo de la realidad del país en tanto que muchos casos de abortos provocados o enfermedades venéreas pasan desapercibidos y, por ende, no contabilizados. (30)

Finalmente, consideramos necesaria la creación de programas de orientación sexual, ya que esta podría ser una buena forma de intervención hacia esta gran masa de población de alto riesgo, generalmente desprotegida por parte del modelo médico tradicional.

CAPÍTULO X

CONCLUSIONES

1. Se pudo observar, durante el desarrollo de las sesiones, que los temas de interés central de los adolescentes de 12 a 15 años fueron los siguientes:

- Cambios anatómicos en la adolescencia
- Cambios fisiológicos en la adolescencia.
- Cambios conductuales derivados de los cambios morfológicos y fisiológicos.

En el grupo de adolescentes de 16 a 21 años se encontró que en términos generales, estos temas ya eran manejados, mientras que los temas de interés se centraron en la potencialidad de fecundación, cómo evitar o promover un embarazo, como evitar un aborto, prevención y tratamiento de las enfermedades venéreas, así como la utilización de los diversos métodos anticonceptivos.

2. La metodología de conducción de las sesiones y la dinámica grupal debió matizarse de acuerdo a las características de cada grupo de trabajo, en tanto que presentaron diferentes temas de interés ya sea por la edad de los integrantes de cada grupo o por su forma de interactuar.
3. Al inicio de actividades del programa, el médico jugaba un papel principal en el manejo de los sujetos y se le daba poca importancia al manejo conductual de los mismos. De un tiempo a la fecha, la intervención del psicólogo -

ha posibilitado un manejo más amplio de la problemática del adolescente, lo que ha demostrado la importancia del trabajo interdisciplinario.

4. De acuerdo con la pirámide poblacional de la República Mexicana, el 40.3% de la población se encuentra en el rango de edad de 10 a 20 años. Este grupo debe ser considerado como de alto riesgo en el sentido que puede tener problemas sexuales derivados de la carencia de información o bien, de la información distorsionada que pudiesen adquirir. En este sentido cabe señalar que, para muchas enfermedades contagiosas existen vacunas, mediante las cuales el sujeto queda protegido. Sin embargo, en los casos de embarazos no deseados, abortos criminales, enfermedades venéreas, casamientos y divorcios, etc. entre adolescentes, no existe ninguna vacuna. Es por esto que coincidimos con lo expuesto por Roth cuando afirma que la prevención primaria mediante un proceso de información y educación minimiza la probabilidad de incidencia de un problema. De aquí la importancia de este trabajo como una aproximación a la prevención.
5. De acuerdo a lo señalado por Ribes, las funciones del psicólogo son: la detección de problemas y formas de comportamiento socialmente deseados. En esta línea es posible afirmar que la sexualidad del adolescente debe ser manejada en forma adecuada para que en el futuro se tengan adultos sanos (en la concepción más amplia del vocablo). Para lograr esta meta será necesario el establecimiento de un programa de educación continua, en donde los padres de familia y, en general, la comunidad tenga acceso, con lo que se lograría un seguimiento de los grupos de adolescentes.
6. La metodología desarrollada para las sesiones de trabajo

logró crear un ambiente de comunicación así como de acercamiento con los adolescentes, y propició cambios en algunos de ellos con respecto a su sexualidad. Lo anterior pudo ser confirmado gracias a los reportes verbales de los padres y, en ocasiones, de los maestros de escuela. La cantidad de población no ha permitido llevar a cabo un seguimiento integral de todos los casos, que nos permitiría valorar si se ha operado o no un cambio de actitud.

En muchas ocasiones, los sujetos continúan asistiendo al Hospital, ya para revisión médica o bien para asesoría con el psicólogo, y en sus reportes verbales señalan cambios de actitud. Si bien es cierto que estos reportes narrativos pudieran ser falseados por los adolescentes, una minoría de éstos se ha presentado por descubrirse tempranamente alguna enfermedad venérea, lo que implica -al menos- que si no previnieron, están capacitados para detectar tempranamente enfermedades venéreas.

7. Consideramos que los tres primeros objetivos de este programa se cumplieron. Respecto al cuarto objetivo, dado que se planteó para ser cubierto a largo plazo, es posible señalar que el proyecto queda abierto para que alguna institución de salud o educativa, y en particular la ENEP Ixtacala, pudiera retomarlo dentro de los programas de servicio social que se ofrecen a la comunidad.
- 

C A P I T U L O

XI

'PERSPECTIVAS DEL PROGRAMA'

CAPÍTULO XI

PERSPECTIVAS

En el tiempo que he estado trabajando en el Hospital Infantil de México, en especial en el departamento de adolescentes, he visto que el papel del psicólogo estaba restringido a "corregir" cualquier programa con el que llegara una persona, pero casi nadie se dedicaba a trabajar en aspectos preventivos.

En este tiempo se inició la Clínica de Orientación Sexual para Adolescentes en donde nuestras labores se orientaban hacia la prevención. De esta manera al trabajar en este tipo de programa, encontré que el papel del psicólogo para planear, dirigir una sesión y participar en un equipo multidisciplinario es parte muy importante y está dentro de un campo fértil, en el cual casi nadie trabaja, pues quizá se está muy acostumbrado a ver manejar y trabajar "patología", y la salud, como algo inoperante.

Dentro de esto se ha encontrado que la mayoría de los profesionistas dedicados al área de la salud (paradójicamente), están acostumbrados a ver problemas, enfermedades, patología en general y no a ver los puntos sanos de las personas y planear como mantener más tiempo esta salud, pero no solo a nivel físico sino psicológicamente y dándole pautas a seguir según su medio ambiente en el que viven, para poder integrarlos en esa unidad biológica, psicológica y social. De esta manera podríamos empezar a actuar en forma preventiva, es decir, empezar programas de educación como prevención.

La importancia de este trabajo, es hacer una llamada a los compañeros psicólogos y al denominado "equipo de salud",

para extender este tipo de programas más a nivel preventivo, a diferentes tipos de comunidades, por ejemplo, con los compañeros del área de educación especial y rehabilitación, ya que con los niños que se trabaja, tienen un déficit mental, la cual le da una mayor dificultad, para poder controlar su conducta respecto a su sexo y educarlos sobre su sexualidad.

A los compañeros de psicología social, ya que el tipo de comunidades en que se trabaja son de medio socio-económico medio-bajo, en donde no hay mucha estimulación, pues su mismo medio ambiente los absorbe, (alcohol, billares, tener hijos sin control, prostíbulos, etc.) y los adolescentes pueden ser considerados como sujetos de alto riesgo tanto en la sexualidad como en el uso de drogas y alcoholismo.

En el área de psicología educativa, también se hace necesario pues el tipo de niños con el que se trabaja (primaria) en el tipo de prácticas que realizamos, nos ven como "maestros", porque sabemos de diferentes temas y la sexualidad es uno de ellos, porque es el tema de interés y sobre todo en los niños de 5o. y 6o. grado en donde ya empiezan a cambiar sus cuerpos y perciben la estimulación del medio ambiente (periódicos, revistas, pláticas con los amigos, etc.). Ha llegado la información a ellos y por lo tanto dudas de esto. El tema es para que lo resuelva el maestro, pero no sabemos si por sus propios mitos y tabúes no puedan dar información muy amplia, quedando así un campo amplio para nosotros y poder prevenir el que sigan con dudas y tratar de "experimentar" y conocer así su cuerpo pudiendo haber actuado nosotros.

En el caso del área de psicología clínica es mucho más amplia la necesidad de estos programas, pues los padres y en ocasiones de la escuela, son referidas las personas porque no saben lo que les pasa, o van en busca de orientación y en caso más profundos con alguna alteración en su conducta o desviación de esta área por falta de información.

Si de alguna manera se empezara en esta área, por hacer programas preventivos además de aprender programas o técnicas correctivas, (que también son importantes de aprender), -- tendría más campo de acción pues es un terreno fértil y de - - gran utilidad en esta área por ser la más allegada al "equipo de salud" junto con el médico. En fín, en cualquier área o situación en donde el psicólogo tenga material con qué trabajar (conducta y medio ambiente) puede realizar programas preventivos sobre Orientación Sexual y quizá con esto empezar una educación sexual a edades tempranas y tratar de tener adultos físicamente y psicológicamente sanos.

— e —

BIBLIOGRAFIA

1. Apostel, L. et al.: Interdisciplinarietà, ANUIES, México, 1979.
2. De Lamadrid, M., et al.: Plan Nacional de Desarrollo, México, 1983.
3. García, H.: "Los currícula de las diferentes carreras de la ENEPI frente a los problemas nacionales". En: VII Jornadas de aniversario, ENEPI, México, 1982.
4. Fernández-Varela, H., y Reynoso, L.: "La influencia de los modelos de atención médica en la adquisición de actitudes favorables para los programas de salud pública". En: Memorias de la XXXVII Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, México, 1983.
5. Foucault, M.: El nacimiento de la clínica. Ed. Siglo XXI, 7a. ed., México, 1981.
6. Ribes-Iñesta, E.: Proyecto plan de estudios de Psicología, ENEP Iztacala, México, 1976.
7. Furlán, A., et al.: Aportaciones a la didáctica de la educación superior, ENEP Iztacala, México, 1979.
8. Reynoso-Eraza, L.: "Los currícula de las diferentes carreras de la ENEPI frente a los problemas nacionales". En: VII Jornadas de aniversario, ENEPI, México, 1982.
9. Reynoso-Eraza, L.: Formación de actitudes en los programas de enseñanza de la medicina, fotocopiado, México, 1983.
10. Roth, E.: Proyecto Educación para la salud, fotocopiado, ENEP Iztacala, México, 1982.

11. Sumano, E.: Proyecto de orientación sexual, Hospital Infantil de México, México, 1979.
12. Pardo, M. y Braverman, R.: Hacia un mejor aprovechamiento - del psicólogo clínico en una institución hospitalaria, Tesis profesional, UNAM, México, 1976.
13. Tirado, F., et al.: "Relación intercarrera". En: VII Jornadas de aniversario, ENEPI, México, 1982.
14. Varela-Barraza, J.: "Metodología científica en la ENEPI. Formación científica del estudiante de Psicología". En: VII Jornadas de aniversario, ENEPI, México, 1981.
15. Gómez-Báez, J.: "La práctica profesional en la propuesta curricular. Un modelo en la carrera de Psicología". En: VI Jornadas de aniversario, ENEPI, México, 1981.
16. ✓ Sumano, E.: Proyecto de ampliación de cobertura del programa de orientación sexual y vida familiar para adolescentes, Hospital Infantil de México, México, 1981.
17. Jensen, D.: Fisiología, Ed. Interamericana, México, 1979.
18. Gamong, W.F.: Manual de fisiología médica, Ed. El Manual Moderno, 7a. ed., México, 1980.
19. : Proyecto del programa de prácticas interdisciplinarias, folleto, ENEPI, México, 1978.
20. : Proyecto del programa de prácticas interdisciplinarias, folleto, ENEPI, México, 1981.
21. : Historia natural de la enfermedad, folleto, ENEPI, México, 1981.
22. Ribes-Iñesta, E.: Innovación educativa en enseñanza superior reflexiones sobre una experiencia trunca, fotocopiado, México, 1982.
23. Ribes-Iñesta, E., Fernández, C., Rueda, M., Talento, M. y López, F.: Enseñanza, Ejercicio e Investigación de la Psicología. Un modelo integral. Ed. Trillas. México, 1980.

24. OMS: Declaración sobre salud sexual, Organización Mundial de la salud, Ginebra, 1975.
25. Morgan, C.T.: Psicología fisiológica, Ed. MC Graw Hill, México, 1963.
26. Morgan, C.T.: Introduction to Psychology fourthed. Ed. Mc Graw Hill, New York, 1971.
27. Nelson, W.E. et al: Textbook of Pediatrics, Ed. W.B. Saunders Co. 9th.ed. Philadelphia, 1978.
28. : Cuaderno de Información oportuna del Sector salud I. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, -- 1979.
29. : Cuaderno de información oportuna del sector salud II, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1980.
30. : IX Censo General de población, Secretaría de Industria y Comercio, México, 1972.
31. Valenzuela, R.H., et al: Manual de Pediatría, Ed. Interamericana, 10a. Ed. México, 1980.
32. Arellano, J.: Cómo presentar originales y corregir pruebas para su edición, Dirección General de Publicaciones, UNAM, México, 1976.

REGISTRO _____

CLAVE _____

FECHA 19/01/80

NOMBRE: María Hernández
apellido paterno materno nombre (s)

EDAD: 18 SEXO _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: 74 50 - 1

ESCOLARIDAD: UN OCUPACION ACTUAL: _____

DOMICILIO: 1
(calle, número y colonia) Z.P. TEL: _____

PROCEDENCIA: Por quién te enteraste de este servicio?

- a) amistad ()
- b) familiar ()
- c) médico ()
- d) trabajadora social ()
- e) psicóloga ()
- f) otros ()

Porqué te interesaste en asistir a este nuevo servicio de Orientación Sexual? por que me interesa

GRUPO FAMILIAR: Vives con tus padres?

- | | |
|--------------|---------------------|
| SI | NO |
| a) ambos () | a) con quién? _____ |
| b) padre () | _____ |
| c) madre () | _____ |

VO. 30. T.S.P. _____

E

T E S T

MARCA CON UNA X SI ES VERDADERO (V) O FALSO (F)

- 1.- Masturbación es lo mismo que menstruación. (V) (F)
- 2.- Se considera que erección y eyaculación son lo mismo. (V) (F)
- 3.- Durante la menstruación es aconsejable:
- no realizar ejercicio físico (V) (F)
 - no tomar alimentación (V) (F)
 - evitar el baño (V) (F)
 - continuar con las actividades habituales (V) (F)
- 4.- Las enfermedades venéreas se contraen a través de:
- Falta de higiene personal (V) (F)
 - Relaciones sexuales ~~(V)~~ (F)
 - Utilizar baños o albercas públicas ~~(V)~~ (F)
- 5.- Se dice que un hombre o una mujer son responsables cuando:
- Planean el número de su hijos ~~(V)~~ (F)
 - Respetan los sentimientos de su pareja ~~(V)~~ (F)
 - Utilizan algún anticonceptivo (V) (F)
- 6.- Para evitar que un óvulo y un espermatozoide se unan, existen varios caminos:
- No tener relaciones sexuales: (V) (F)
 - Utilizar algún método anticonceptivo ~~(V)~~ (F)
- 7.- El único método anticonceptivo que también sirve para prevenir enfermedades venéreas es:
- Las pastillas ~~(V)~~ (F)
 - El preservativo o condón ~~(V)~~ (F)
 - El dispositivo intrauterino (V) (F)
- 8.- El aborto es:
- Un método anticonceptivo (V) (F)
 - La interrupción espontánea o provocada de un embarazo en los cinco primeros meses. (V) (F)
- 9.- Has tenido relaciones sexuales. (V) (F)

TABLA 1

SEXO

	1979 - 80		1980-81		1981-82	
	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	192	(43.04)	136	(60.17)	32	(37.20)
Femenino	254	(56.95)	90	(39.82)	54	(62.79)
Total	446	(99.99)	226	(99.99)	86	(99.99)

TABLA 2

EDAD

	1979 - 80		1980 - 81		1981-82	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menores de 15 años	220	(49.32)	74	(32.74)	52	(60.46)
Mayores de 15 años	226	(50.67)	152	(67.25)	34	(39.53)
Total	446	(99.99)	226	(99.99)	86	(99.99)

TABLA 3

ESTADO CIVIL

	1979-80		1980-81		1981-82	
	No.	%	No.	%	No.	%
Soltero	431	(96.63)	215	(95.13)	79	(91.86)
Casado	15	(3.36)	11	(4.86)	7	(8.13)
Total	446	(99.99)	226	(99.99)	86	(99.99)

TABLA 4

ESTADO CIVIL Y SEXO

	1979 -80		1980-81		1981-82							
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres					
	No	%	No	%	No	%	No	%				
Solteros	190	(98.95)	241	(94.88)	134	(98.52)	81	(90)	32	(100)	47	(87.03)
Casados	2	(1.04)	13	(5.11)	2	(1.47)	9	(10)	0	(0)	7	(12.96)
Subtotal	192	(99.99)	254	(99.99)	136	(99.99)	90	(100)	32	(100)	54	(99.99)
Total	446		226		86							

TABLA 5

ACTIVIDAD SEXUAL PREVIA

	1979-80		1980-81		1981-82	
	No.	%	No.	%	No.	%
Activos	104	(23.31)	80	(35.39)	20	(23.25)
No activos	342	(76.68)	146	(64.60)	66	(76.74)
Total	446	(99.99)	226	(99.99)	86	(99.99)

TABLA 6

ACTIVIDAD SEXUAL PREVIA
DE LOS PACIENTES FEMENINOS

	1979-80				1980-81				1981-82			
	menores de 15 años		mayores de 15 años		menores de 15 años		mayores de 15 años		menores de 15 años		mayores de 15 años	
	No	%										
Activos	15	(14.56)	36	(23.84)	5	(20.83)	19	(28.78)	7	(26.92)	10	(35.71)
No activos	88	(85.43)	115	(76.15)	19	(76.16)	47	(71.21)	19	(73.07)	18	(64.28)
Subtotal	103	(99.99)	151	(99.99)	24	(99.99)	66	(99.99)	26	(99.99)	28	(99.99)
Total	254				90				54			

TABLA 7

ACTIVIDAD SEXUAL PREVIA
DE LOS PACIENTES MASCULINOS

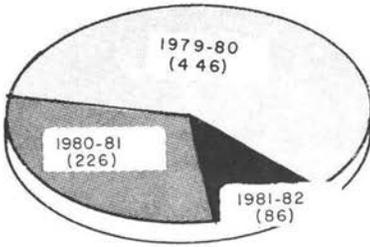
	1979-80		1980-81		1981-82	
	menores de 15 años	mayores de 15 años	menores de 15 años	mayores de 15 años	menores de 15 años	mayores de 15 años
	No. %					
Activos	6 (5.12)	47 (62.66)	10 (20)	46 (53.40)	2 (7.69)	1 (16.66)
No activos	111 (94.87)	28 (37.33)	40 (80)	40 (46.51)	24 (92.30)	5 (83.33)
Subtotal	117 (99.99)	75 (99.99)	50 (100)	86 (99.99)	26 (99.99)	6 (99.99)
Total	192		136		32	

TABLA 8

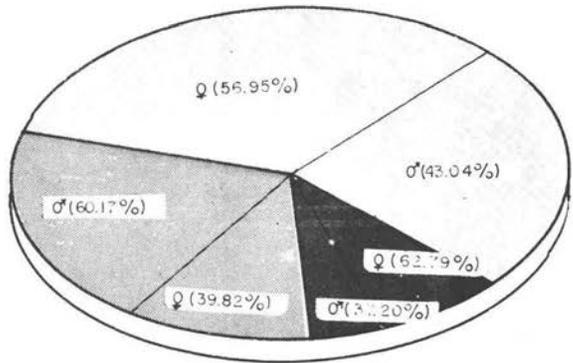
ESCOLARIDAD

	1979-80		1980-81		1981-82	
	No.	%	No.	%	No.	%
Analfabeta	0	(0)	2	(0.88)	1	(1.16)
Primaria	78	(17.48)	44	(19.46)	29	(33.72)
Secundaria	221	(49.55)	48	(21.23)	31	(36.04)
Bachillerato	49	(10.98)	108	(47.78)	8	(9.30)
Profesional	83	(18.60)	13	(5.75)	15	(17.44)
Otros	15	(3.36)	11	(4.86)	2	(2.32)
No referidos	0	0	0	0	0	0
Total	446	(99.97)	226	(99.96)	86	(99.98)

TABLA I



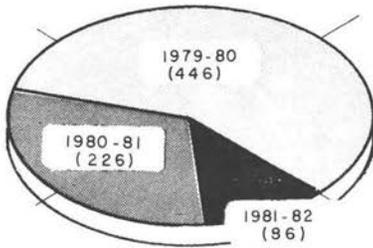
POBLACION TOTAL



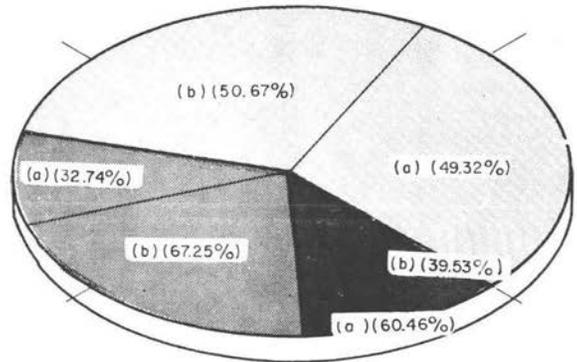
♂ Masculino
♀ Femenino

SEXO

TABLA 2



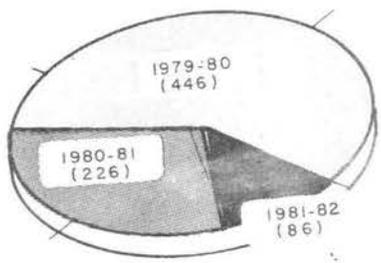
POBLACION TOTAL



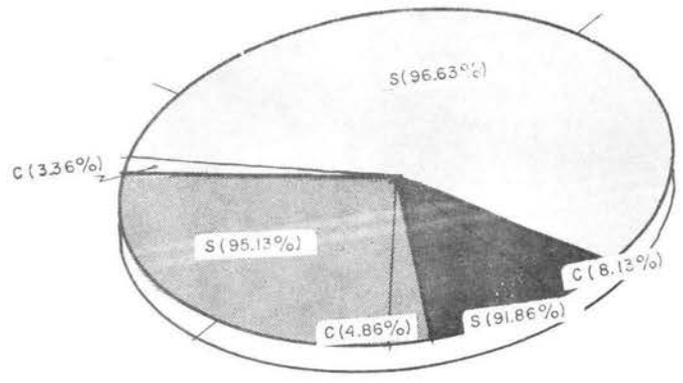
(a) menores de 15 años
(b) mayores de 15 años

EDAD

TABLA 3



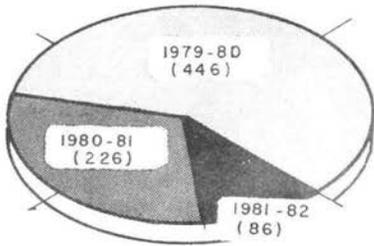
POBLACION TOTAL



S Solteros
C Casados

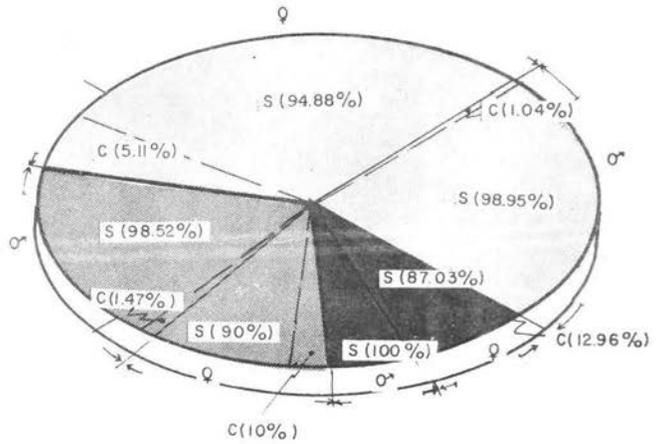
ESTADO CIVIL

TABLA 4



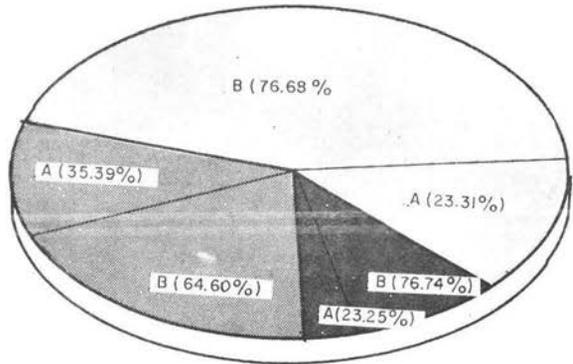
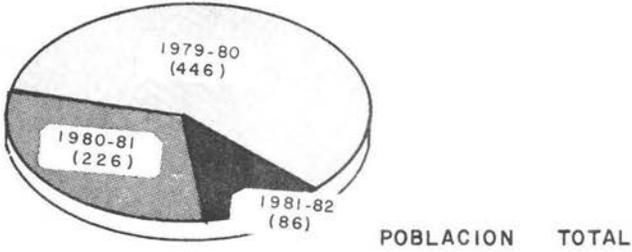
POBLACION TOTAL

♂ Masculino
 ♀ Femenino
 S Solteros
 C Casados



ESTADO CIVIL Y SEXO

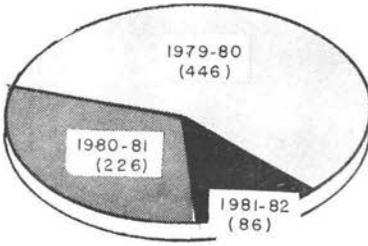
TABLA 5



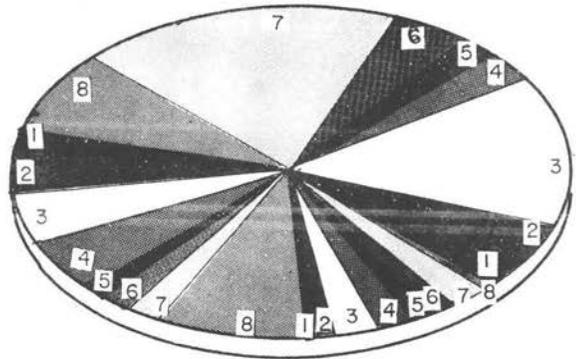
A activos
B No Activos

ACTIVIDAD SEXUAL PREVIA

TABLA 6-7



POBLACION TOTAL



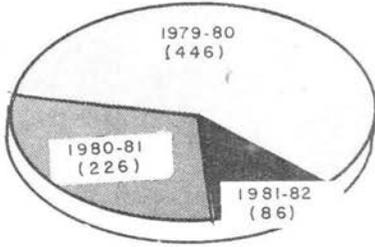
♀ Femenino
 ♂ Masculino
 A Activos
 B No Activos

(a) Menores de 15 años
 (b) Mayores de 15 años

1: ♂ A(a) 5: ♀ A(a)
 2: ♂ A(b) 6: ♀ A(b)
 3: ♂ B(a) 7: ♀ B(a)
 4: ♂ B(b) 8: ♀ B(b)

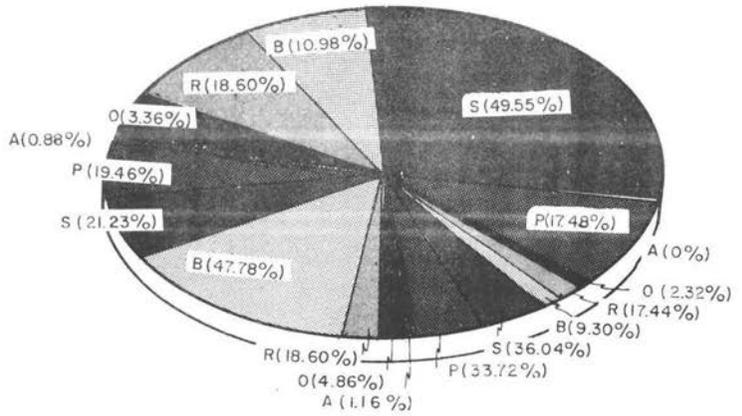
ACTIVIDAD SEXUAL PREVIA

TABLA 8



POBLACION TOTAL

- A Analfabeta
- P Primaria
- S Secundaria
- B Bachillerato
- R Profesional
- O Otros



ESCOLARIDAD