

Graciela
López
Orozco

Evaluación social de la estrategia de promoción de la
salud para generar conductas protectoras en
adolescentes

2011



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería

Evaluación social de la estrategia de promoción de la
salud para generar conductas protectoras en
adolescentes

Tesis
Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestro en
Ciencias de Enfermería

Presenta
L.E. Graciela López Orozco

Santiago de Querétaro, Qro. Mayo 2011



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de Enfermería

EVALUACION SOCIAL DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCION DE SALUD
PARA GENERAR CONDUCTAS PROTECTORAS EN ADOLESCENTES

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Lic. Enf. Graciela López Orozco

Dirigido por:

M.C.E. Irma Patricia Mota Flores

SINODALES

M.C.E. Irma Patricia Mota Flores
Presidente

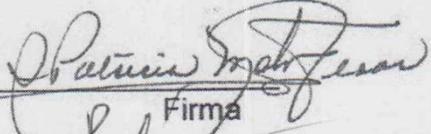
M.C.E. Gabriela Palomé Vega
Secretario

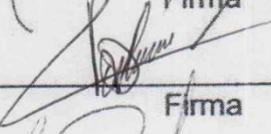
Dra. Beatriz Garza González
Vocal

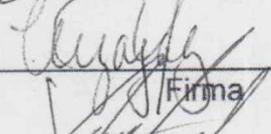
M.S.P. Ma. Teodora Olvera Trejo
Suplente

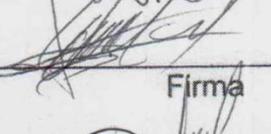
Dra. Aurora Zamora Mendoza
Suplente

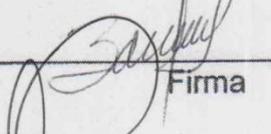
M.C.E. Gabriela Palomé Vega
Director de la Facultad

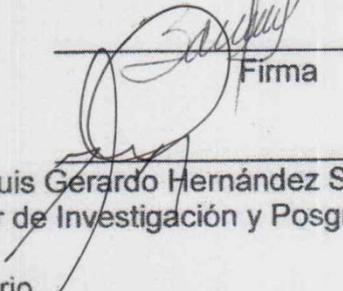

Firma


Firma


Firma


Firma


Firma


Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Mayo 2011
México

RESUMEN:

Evaluaremos una estrategia educativa llamada “*Promoción de la salud del adolescente*”, la cual se apoya en un curso de capacitación de promoción de la salud, con una duración de 40 horas. Está dirigido a las enfermeras que atienden adolescentes en los módulos de atención integral, de planificación familiar y materno-infantil, en la Unidad de Medicina Familiar del IMSS.

OBJETIVO: Generar conductas protectoras en el plano de la salud sexual en los adolescentes. **METODOLOGÍA:** Cuasi-experimento, diseño de dos grupos: Grupo I (Casos): 25 adolescentes atendidos en el turno matutino, en los módulos de atención integral, durante el mes de enero del 2010. Además, Grupo NI (Controles): 25 adolescentes del turno vespertino atendidos en la misma fecha. Se aplicó una encuesta estructurada, elaborada exprofeso, para evaluar constructos propuestos en el *Modelo de Promoción de la salud* de Nola Pender. Incluye: Evaluación de sistemas de valores familiares, sistemas de comunicación familiar, control de la salud percibida, conductas protectoras de la salud, beneficios percibidos y barreras percibidas en la atención recibida. Conformada por 41 reactivos (con *Alpha de Cronbach* de .93). **RESULTADOS:** el índice de conductas protectoras de salud del Grupo I no mejoró (prueba de *Kruskal Wallis*: $p=0.05$), a pesar de la capacitación del personal de enfermería que los atendió (infiriendo la influencia que aportan las relaciones interpersonales, familia, iguales, normas, modelos, beneficios y barreras percibidas en la construcción de cambios de conducta para promover la salud). **CONCLUSIONES:** Se requiere re-pensar el modelo de promoción de la salud otorgado a los adolescentes en cada atención, para cambiarlo por educación para la salud, no sólo como el simple acto de informar, sino como una función esencial que ejerce el personal de enfermería en el área de la salud pública.

PALABRAS CLAVE: (Promoción, salud y adolescentes).



SECRETARÍA
ACADÉMICA

ABSTARCT:

We will evaluate an educational strategy called "*Promotion of Adolescent Health*", which is based on a training course for health promotion, that lasts 40 hours. It is addressed to nurses caring for adolescents at the integrated care, family planning and maternal and child health modules at the "*Unidad de Medicina familiar*" of the "IMSS". **OBJECTIVE:** To generate protective behaviors in terms of sexual health in adolescents. **METHODOLOGY:** Cuasi-experiment designed in two groups: CASES (group 1): 25 adolescents treated in the morning shift at the integrated care modules during the month of January 2010. Also, CONTROLS (group N1): 25 adolescents that attended the afternoon shift during the same date. A survey was structured, specially developed to asses proposed constructs on the *Nola Pender's Health promotion Model*. It includes: Evaluation systems of family values, family communication systems, health control, protective health behaviors, perceived benefits and barriers in the received care. Made of 41 items (with a *Cronbach's Alpha* = .93). **RESULTS:** health's protective behaviors rate did not improve in group 1 (*Kruskal Wallis* test: $p = 0.05$) despite the training that nurses who attended them received (inferring the influence that inter-personal relations provide, family, pairs, standards, models, perceived benefits and barriers in the construction of behavior changes for health's promotion). **CONCLUSIONS:** It is necessary to re-think the health's promotion model given to adolescents, and replace it for health education, not just as the simple act of informing, but as an essential function that the nursing professional performs in public health areas.

KEYWORDS: (promotion, health and adolescents).



SECRETARÍA
ACADÉMICA

A Dios

Sin la fe en él, no lograría mis metas propuestas.

A Claudia Nataly, Marisol y Tania

Motor de mi vida, y compromiso de amor,
Dios me dio la dicha de ser su madre, gracias por acompañarme siempre.

A Sra. Minerva Orozco Vázquez

Este logro también es tuyo mamá, por enseñarme a alcanzar mis sueños. Te amo.

A Mtro. Jorge Martínez Cortés.

Por tu infinita paciencia y amor; gracias.

AGRADECIMIENTOS

A los adolescentes sujetos de estudio, quienes comprometen el trabajo de promoción de la salud que llevan a cabo el equipo multidisciplinario en las unidades de Medicina Familiar ; que requiere alcanzar altos impactos

La elaboración de esta tesis no hubiera sido posible sin el apoyo incondicional y desinteresado tanto en el aspecto académico y tutorial, como el acompañamiento personal de la MCE Irma Patricia Mota Flores, por su compromiso desde el inicio de la formación al término de esta, agradezco sus opiniones y aportaciones en beneficio de los adolescentes y de mi formación profesional.

Al Dr. Félix Márquez Celedonio, Coordinador Clínico de Investigación y Educación de La Unidad de Medicina Familiar No. 61 Del Instituto Mexicano Del Seguro Social, Delegación Veracruz Norte, por las facilidades otorgadas durante los meses en que se llevó a cabo la investigación. Al personal de Enfermería de los módulos de Atención Preventiva Integral, trabajadoras sociales, médicos residentes de la especialidad de Medicina familiar, participantes como alumnos del curso Promoción de la Salud en Adolescentes, gracias a sus opiniones y participación activa y propositiva que enriquecieron este proceso.

A la Dra. Beatriz Garza González, su asesoría cuidadosa y exigente denota el gran compromiso con la profesión y la sociedad, lo cual fue muy valioso para concluir el presente proyecto, gracias por darme la oportunidad de aprender.

A la MSP Teodora Olvera Trejo, casi pude palpar su gran apoyo, concedora del campo profesional de la promoción de la salud, espero haber cubierto sus expectativas.

A la Dra. Aurora Zamora Mendoza, por el cuidado en la forma y metodología en la revisión que mejoró el presente trabajo.

A la MC Gabriela Palomé Vega y Dra. Alejandra Hernández Castañón, maestros participantes en la formación y su equipo de trabajo en la Universidad Autónoma de Querétaro, pioneras en el uso de la tecnología para el acortamiento de la distancia, detonaron múltiples proyectos a partir de esta experiencia universitaria a distancia, mi eterno agradecimiento.

A M.C.E. Gloria López Mora por su asesoría estadística, siempre gracias.

A Miriam Rosas León enlace a través de la distancia, por su maravillosa personalidad, cuidado y soporte para la culminación del proyecto.

INDICE

Resumen:	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
INTRODUCCION	vii
I. REVISION DE LITERATURA	8
2.1 Marco Teórico.....	16
III. METODOLOGIA	22
3.1. Tipo y diseño de estudio.....	22
3.2. Universo.....	22
3.3. Muestra.....	23
3.4. Muestreo.....	23
3.5. Procedimiento.	24
3.6 Instrumento	25
IV. RESULTADOS	26
4.1 Confiabilidad del instrumento.....	26
4.2. Descripción de cuadros	26
LITERATURA CITADA	58
APÉNDICE	63

INDICE DE CUADROS

Cuadro	Página
1. Coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach del instrumento.	26
2. Descripción de las características individuales incluidas en factores personales biológicos, edad y sexo de adolescentes.	27
3. Datos descriptivos de factores socioculturales en características y experiencias individuales de adolescentes atendidos en el módulo de atención integral.	29
4.-Datos descriptivos de características y experiencias individuales de adolescentes atendidos en el módulo de atención integral.	31
5.-Datos descriptivos características y experiencias individuales de adolescentes atendidos en el módulo de atención integral.	32
6.-Datos descriptivos de características y experiencias individuales de adolescentes atendidos en el módulo de atención integral.	34
7.-Datos descriptivos de características y experiencias individuales de adolescentes atendidos en el módulo de atención integral.	37
8.- Edad en años de la primera relación sexual.	38
9.-Edad en años y duración de la primera relación sexual GNI.	38
10. Datos descriptivos de cogniciones y efectos específicos de la conducta. Relacionados con las influencias interpersonales en la familia.	41
11.-Datos de cogniciones y efecto específico de la conducta de adolescentes atendidos en el módulo de atención integral GNI.	44
12. Coeficiente de correlación de cogniciones y efecto específico de la conducta GNI.	47
13.- Coeficiente de Coeficiente de correlación de cogniciones y efecto específico de la conducta de adolescentes atendidos en el módulo de atención integral GI.	50
14. Coeficiente de cogniciones y efecto específico de la conducta en adolescentes atendidos en módulo de atención integral GNI.	52
15. Coeficiente de correlación de cogniciones y efecto específico de la conducta de adolescentes atendidos en módulo de atención integral GI.	54
16. Prueba de Kruskal –Wallis para responder a la hipótesis nula.	55
17.- Estadístico de contraste.	55

I.-INTRODUCCION

La adolescencia es una etapa en la que convergen cambios y reestructuraciones de la personalidad, integrada por las características físicas, emotivas, sexuales y mentales, expuestas a configuraciones naturales, culturales, religiosas, políticas, familiares y sociales; lo que hace difícil establecer indicadores precisos para caracterizarlos. Como objeto de estudio se han incluido con otros grupos etáreos como la infancia, juventud o adulto joven impidiendo con esto un estudio más profundo de los procesos en que se ven inmersos. (León, 2002).

Actualmente existen dificultades para distinguir la adolescencia y la juventud y, por ello, los autores más destacados en la materia (Bloss, Ausubel, Erickson, Sullivan, Piaget) no coinciden en la diferenciación, fases ni en los procesos que sistematizan. El lapso entre los 10 y 20 años marcan diferenciales que se reflejan en importantes transformaciones psicosociales y coinciden con las edades aproximadas en que se inician las modificaciones sexuales y culmina el crecimiento; este período ha sido foco clave de la sistematización de la atención e intervención desde la programación en salud, el desarrollo de instrumentos jurídicos entre los más importantes.

Es importante tener en cuenta que los aspectos socioculturales de este grupo de edad se superponen a los aspectos biológicos contribuyendo de forma decisiva en el concepto actual de adolescencia; también se discute si debe haber una diferenciación entre adolescencia y juventud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera la adolescencia como el período de vida que se extiende entre los 10 y 19 años, y la juventud desde los 15 hasta los 24 años. Su duración es variable e irregular en cuanto a sus manifestaciones. (Baró, 1999).

En ella los individuos regulares experimentan los mejores índices de salud y vitalidad, lo que le permitirá realizar sus tareas en la edad adulta. Sin embargo para los estudiosos de este grupo de edad es considerado un periodo de riesgo para la salud en general ya que en la mayoría de las veces solo son considerados como etapas de transición entre la niñez y la juventud.

De acuerdo con el censo 2000, en México 21.3% de la población es adolescente, representan el 21.26% de la población total, es decir, cerca de 30 millones. Este incremento llevó a que la ONU en 1985 proclamara el año internacional de la

juventud, partir de este momento los estados impulsaron investigaciones sobre los problemas que atañen a este grupo poblacional, como acceso a la educación, trabajo, calidad de empleo, adicciones, mitos sobre salud sexual y reproductiva así como la violencia entre otros; 22 % de los adolescentes viven en hogares monoparentales con prevalencia de la madre, los adolescentes viven solos en una frecuencia baja en México (1.1%) más frecuente en el área urbana que en la rural, lo que significa que los adolescentes mexicanos salen de sus casas con la intención de vivir en pareja o con otras personas. (J.L. 2003).

El CONAPO reporta en el 2002, en cuanto al estado civil de las adolescentes, existen más mujeres solteras menores de 14 años en población urbana que en la rural en una proporción de 95% y 77% respectivamente, entre adolescentes de 10 a 15 años de edad 99% son solteros en los de 16 a 20 años de edad, hasta uno de cada 10 se encuentran ya en unión; entre las mujeres este porcentaje aumenta hasta tres veces más con relación a los hombres, en este mismo grupo de edad.

La Encuesta Nacional de Juventud (2000), en el plano de la salud sexual y reproductiva, la edad promedio de la iniciación de la vida sexual activa es de 15.4 años; para el área rural 13.8 y para el área urbana 16.7.

El CONAPO (2002). Informa que como resultado de estas prácticas, ocurren más de 25 000 embarazos anuales en madres menores de 19 años de edad, que terminan en aborto y constituyen cerca de 10% del total de los embarazos. El uso de métodos anticonceptivos, en general, se ha incrementado hasta en 22% o más.

La Dirección General de Salud Reproductiva, SSA (1999) comunica que a pesar de que durante los últimos seis años el número de nacimientos se redujo en poco más de 10%, la prevención del embarazo no planeado en las adolescentes continúa siendo un desafío prioritario en salud reproductiva.

En cuanto a los factores de riesgo que presenta este grupo de población se encuentran las conductas de riesgo, que a su vez pueden constituir daños más comunes como: adicciones, (tabaquismo, alcoholismo y drogadicción), exposición a ambientes peligrosos y violentos, que asociados potencializan la probabilidad de que las y los adolescentes sufran accidentes, suicidios y homicidios, entre otros. Otras conductas de riesgo importantes son las relaciones sexuales sin protección, que pueden llevar a infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA, embarazos no planeados, así como trastornos alimentarios como sobrepeso y obesidad. Datos

reportados en el IX censo general de población y vivienda (1978) y no han variado de manera positiva, ya que se siguen agregando riesgos para la salud reproductiva.

A pesar de que existen escasos informes de estadísticas de salud de los adolescentes, resalta los problemas de salud, específicamente morbilidad y mortalidad causados por la esfera sexual y reproductiva.

Actualmente, en México, la actividad sexual de las adolescentes tiende a iniciarse más tempranamente. El número de las que han tenido relaciones sexuales entre los 15 y los 19 años de edad se incrementó de 20% a 25% entre 1995 y 2000. (CONAPO 2004).

En este sentido la OMS realiza investigaciones en relación a la salud sexual y reproductiva de jóvenes entre 15 y 24 años de edad en América Latina, en México diversas organizaciones siguen estudiando a este grupo de población con la finalidad de proteger su salud.

La planificación familiar a pesar de ser un programa muy exitoso en mujeres unidas y con una familia ya constituida; en adolescentes no sucede lo mismo, por lo que se debe empezar por ofrecer una educación sexual bien planeada, fundamentada en teorías de educación, que les brinde elementos para evitar embarazos no deseados a edades muy tempranas lo que implica una oportunidad de buena promoción de la salud.

La entrega informada de condones como componente de atención integral en las unidades de salud es muy baja (2.9%), lo que se refleja en el alto porcentaje de embarazos en adolescentes (13.8%) a nivel nacional.

La información que deben recibir los adolescentes sobre la importancia de posponer su vida reproductiva requiere de esfuerzos singulares en las unidades de salud. Los resultados de la promoción de la salud muestran una baja cobertura de aceptantes de métodos anticonceptivos a nivel nacional (2%). En el terreno de la atención del embarazo existen retos como la cobertura de atención prenatal 39.9% de este grupo tiene un promedio de 5 consultas prenatales durante todo el embarazo lo que disminuye las oportunidades de vigilancia y educación a las embarazadas, una baja detección de sífilis en mujeres embarazadas (7.8 %), una mejor prevención de anemia (51%) y de vacunación específica (42%), la atención puerperal se reduce a 11% de pospartos atendidos.

Tomando en cuenta que el 6.7% del total de los eventos obstétricos ocurren en las adolescentes, 14.8 % del total de anemias se reporta en mujeres de este grupo de edad, como resultado de la falta de atención preconcepcional y prenatal.

Las estadísticas de causas de muerte de adolescentes en México para el año 2000, ubican en primer lugar las muertes por embarazo, parto y puerperio en 32.15% del total de defunciones, en segundo lugar las lesiones en 19.5 % del total de defunciones al año 2000 (León, 2002).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Fernández Cantón (2008). Reporta las estadísticas de salud de los adolescentes atendidos en esta institución, expone a una serie de riesgos y eventos determinantes para su salud actual y futura. Informa que los principales motivos de consulta de los adolescentes son problemas infecciosos de vías respiratorias y las diarreas, pero en los hombres destacan los traumatismos diversos y en las mujeres las demandas relacionadas con el embarazo y la planificación familiar, en la actualidad se acentúan prevalencias importantes de sobrepeso y obesidad. Reporta los datos importantes que deben fortalecer la motivación de la implementación de estrategias de promoción de la salud: de 33 millones de derechohabientes adscritos al médico familiar en el IMSS en el año 2005, los adolescentes concentran 14% de la población bajo responsabilidad institucional, con 4.6 millones con una distribución muy similar entre hombre (49%) y mujeres (51 %); uno de los factores que convierte en prioridad a los adolescentes es que es sólo una baja proporción 10 % demanda los servicios de salud. Lo anterior denota la poca o nula información con respecto a la protección de la salud, los servicios de urgencias informan que de los 10 557 embarazos terminados en aborto 16.7% ocurrieron en adolescentes.

Los datos ilustran la importancia que deben tener los adolescentes en los servicios de salud y la urgencia de modificar las conductas de riesgo y estilos de vida nocivos para la salud en general, resalta la necesidad de atender la salud reproductiva de los adolescentes.

Al analizar las principales causas de enfermedad y riesgos de los adolescentes se identifican estilos de vida no saludables y otras provocadas por el ambiente psicosocial, entre ellos se encuentran las informaciones distorsionadas resultante de experiencias de otros adolescentes y apoyadas por la poca o nula intervención de la familia en los aspectos de su salud sexual.

En lo referente a las relaciones de los adolescentes, se percibirán a sí mismos dependiendo de los grupos sociales con los que interactúen. Las respuestas de sus pares modificarán el modo como se ven a sí mismos, y estas respuestas llevarán a cambios cualitativos en ellos. Esta explicación es especialmente adecuada para entender las diferencias culturales entre diversos adolescentes; el fenómeno social más notable durante esta etapa es la aparición de un grupo de pares de gran importancia para él. (Porrás 2006).

La UNICEF en el 2005 publicó que la mayoría de los adolescentes no dispone de acceso a servicios de orientación especializados y confidenciales, que les permitan compartir sus inquietudes y tener guías en las distintas áreas de su desarrollo. Por tanto; desarrollar estos servicios es un reto del sistema educativo, el sistema de salud y los gobiernos federal, estatal y municipal.

En el campo de la salud se ha trabajado fundamentalmente sobre cómo enfrentar la enfermedad; mas ocasionalmente en cómo prevenirla y poco en el cuidado de la salud, que pretende cambiar la promoción de la salud lo que apoya la necesidad de mejorar las intervenciones de enfermería en el terreno de la promoción de la salud, evaluar sus impactos y proponer nuevas estrategias de abordaje como la educación para la salud.

Dada la importancia de la atención de este grupo de población es que se propone una intervención de promoción de la salud con la intención de explorar las acciones comunitarias de enfermería con la utilización de un modelo teórico propio de la profesión, dirigidas a modificar conductas de riesgo en la esfera sexual y reproductiva de los adolescentes y bajo la motivación para realizar intervenciones creativas en favor de los adolescentes.

Este trabajo representa sólo una experiencia de una de las acciones de enfermería comunitaria más importantes en el primer nivel de atención que es la Promoción de la Salud, el cual ha sido poco explorado y atendido dada la falta de evidencia empírica relacionada con el tema y a la escasa experiencia de utilización de modelos conceptuales de Enfermería en el plano de la atención primaria a la salud.

Pretende ser una motivación para el propio personal de enfermería en el ámbito clínico y docente para seguir buscando explicaciones científicas de sus intervenciones, específicamente en el grupo poco atendido en el campo de la salud;

los adolescentes con sus problemas de riesgo para la salud y con la estrategia de promoción de la salud aplicada.

Realizada en La Unidad de Medicina Familiar no. 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Zona Veracruz Norte, teniendo en cuenta que el personal de enfermería en este tipo de unidades otorga promoción de la salud a los adolescentes como parte de la estrategia PREVENIMSS que surgió en el año 2000 con la finalidad de integrar los diferentes programas de medicina preventiva, en programas integrales por grupos de edad, con un enfoque de protección de la salud más que el enfoque de riesgo.

Se partió de la base de la interpretación de promoción de la salud, como un nuevo camino, estrategia o filosofía o simplemente una forma diferente de alcanzar la salud, así como la consideración de un nuevo enfoque dentro de las funciones de la salud pública cualitativamente superior al tradicional.

Para OMS y la OPS la promoción de la salud, es una estrategia o una función esencial de la salud pública, no obstante las diversas acepciones hay un consenso que involucra gobiernos, organizaciones sociales y personas en la construcción de la salud. (Sanabria, 2007). Por lo anterior se tomó en cuenta el hecho de la acción recíproca entre las condiciones sociales, específicamente las relaciones familiares y la interacción con el personal de salud que atiende a los adolescentes para ser analizada y permita evaluar intervenciones efectivas para propiciar las conductas promotoras de salud.

Lo expresado en líneas anteriores apoya la necesidad de mejorar las intervenciones de enfermería en el terreno de la promoción de la salud, evaluar sus impactos y proponer nuevas estrategias de abordaje como la educación para la salud.

El cuestionamiento a responder se orienta a revelar cómo es la evaluación de una estrategia de promoción de la salud para generar conductas protectoras en adolescentes.

El objetivo de este estudio fue realizar una evaluación social de la estrategia de promoción de la salud realizada por enfermeras en los módulos de atención integral, espacio de enfermería en las Unidades de Medicina Familiar, la primera acción del paquete integral para la salud en estos grupos es la educación para la salud, con el fin de generar conductas protectoras de salud en adolescentes atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 61 del IMSS en Veracruz, Ver.

Resaltan los objetivos específicos de identificar los factores personales de los adolescentes incluidos en el estudio, así como los factores socioculturales; características y experiencias individuales y su relación con las conductas previas relacionadas que impactan en la promoción de la salud otorgada. La descripción de cogniciones y efectos específicos de la conducta relacionados con las influencias interpersonales en la familia y con el efecto específico de la conducta.

II. REVISION DE LITERATURA

En este capítulo se presentará de manera resumida e integrada la literatura revisada en el ámbito internacional, nacional y local referente a la adolescencia y sus riesgos en el campo de la salud, la familia, estructura y dinámica familiar como influencia en las conductas del adolescente, comunicación, promoción de la salud en el concepto general, el modelo de promoción de la salud de Nola Pender como sustento teórico de esta investigación, finalmente se revisaran estudios relacionados al tema en cuestión.

Méndez-López et al (2008) expone que la adolescencia es un momento en la escala de la vida, que forma valores y decide fortalezas sociales, psicológicas y sexuales, incluso es el momento de definir proyectos de vida y crear sus propias bases para el desarrollo individual y social. En ese sentido se hace necesario evaluar conductas de los adolescentes que puedan desarrollar acciones positivas ante factores y conductas de riesgo. Es desde esta perspectiva que jóvenes y adolescentes emergen de forma importante en políticas de trabajo y en temas tan vitales como la salud reproductiva y sexual; este grupo de población asume riesgos que enfrenta como un fenómeno natural de su desarrollo.

R. Molina (2003). Expresa que es una etapa de la vida, caracterizada por la experimentación, de cambios físicos, mentales y emocionales rápidos así como sentimientos de invulnerabilidad e impulsividad que puede llevar a la toma de riesgos e influyen de manera importante en las relaciones de los adolescentes con su familia, amigos, pareja, compañeros entre otros. La morbilidad en esta etapa de la vida está asociada a principalmente a las conductas de riesgo que pueden adoptar los adolescentes, probablemente influenciado por las características de su desarrollo, de esta manera algunos inician el consumo del tabaco, alcohol, drogas, actividad sexual, e incluso toman riesgos que terminan en accidentes siendo este la principal causa de muerte en este grupo.

Cromwell P. (2002). Plantea que la sexualidad en la adolescencia siempre ha sido un tema de preocupación por los riesgos que puede implicar un inicio precoz y poco seguro, siendo los principales el embarazo no deseado y las ITS como VIH/SIDA, riesgos que se asocian con los factores sociales y psicológicos

Sánchez (2002). Comunica que en la familia la dinámica, estructura familiar y las características familiares como estructura, comunicación, participación familiar,

tienen influencia sobre las conductas de los adolescentes, la afectividad y respeto a normas éticas y morales, contribuyen al desarrollo de la salud integral del adolescente, pero también ofrecen el terreno propicio para la adopción de conductas inadecuadas por este; la disfunción familiar es un factor importante que condiciona la aparición de problemas socioculturales y de salud del adolescente, como fármaco-dependencia, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, deserción escolar, depresión y suicidio. El afecto, que evalúa la relación del cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia es otro elemento de influencia en sus conductas.

Posada (2004). Afirma que para proporcionar cuidados en la adolescencia el crecimiento se puede interpretar como el logro de la madurez emocional física y autorrealización con apoyo mutuo, es necesario reconocer que siempre ha sido un tema de interés, y en la actualidad ha cobrado mayor fuerza la necesidad de brindar una atención específica, por el hecho de que 1.2 millones de personas en el mundo tengan entre 11 y 19 años, y que la población joven en América Latina y el Caribe asciende a 148 millones. En la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (Reunión OMS, OPS, 1992, OPS, 1990). Las respuestas sugeridas por la OPS para hacer un aporte a la solución de la compleja problemática de la adolescencia, la familia es vista como uno de los enfoques integradores que debe aplicarse, y ubica como estrategia de abordaje como uno de los microambientes promotores de salud, desarrollo y bienestar.

Kellogg (1996). A continuación se sintetizan algunas premisas y planteamientos conceptuales propuestos por la OPS (1990) y por investigadores del funcionamiento familiar. Estos conceptos se han tomado como base para elaborar el instrumento de evaluación de la salud que se propone en este manual.

1. El enfoque de riesgo

Es un abordaje conceptual y metodológico que plantea que:

- a. Las personas, las familias y los grupos tienen diferentes grados de posibilidad de desviarse de la salud y el bienestar. Estas variaciones dependen del equilibrio existente entre esfuerzos, recursos y necesidades.
- b. Los factores que determinan los niveles de salud, bienestar y desarrollo de niños y adolescentes son numerosos e interrelacionados. El control de los factores de riesgo y la promoción de los factores protectores requieren de la participación de los sectores, las disciplinas, las profesiones y las personas implicadas.

c. El control de los factores de riesgo, por supresión o compensación, disminuye la probabilidad de daño (prevención primaria) y el refuerzo de los factores protectores aumenta las posibilidades de una mejor salud (prevención primordial).

2. El concepto de familia desde una perspectiva psicosocial, la familia es vista como:

a. Uno de los microambientes donde permanece el adolescente y, que por lo tanto, es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable. Este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia.

b. Un contexto de por sí complejo e integrador, pues participa en la dinámica interaccional de los sistemas biológico, psicosocial y ecológico, dentro de los cuales se movilizan los procesos fundamentales del desarrollo del adolescente.

c. Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socioculturales protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales.

d. Uno de los factores protectores cuando funciona en forma adecuada, que es por lo tanto, uno de los focos de la prevención primordial y primaria.

Russel (1992). Escribe que las familias en todas las sociedades han sufrido diferentes cambios que impactan en la relación de cada uno de sus miembros, lo que repercute en los estilo de vida y comunicación, uno de los indicadores importantes que resalta en esta investigación es la comunicación, la cual es relevante como indica Anderson (1985). Condiciona el vínculo entre los comunicantes porque tiene un carácter recurrente (Satir, 1991).

Collado (2006). De acuerdo a las investigación realizada para observar las interacciones familiares de tipo nuclear con adolescentes, describe dos criterios que corresponden al canal no verbal como ubicación de los miembros de la familia, proximidad y orientación relativa entre ellos; dimensiones necesarias para comprender la interacción entre los miembros de la familia, entre los hallazgos relevantes se encuentran las intervenciones de un miembro de la familia que activan a otros interlocutores, pero con independencia del estilo de comunicación que el emisor utiliza en cada intervención, se muestra que el sexo es una variable con patrones de interacción parcialmente diferentes, se encuentra interacciones simétricas entre mujeres y padres y en los varones no son simétricos madre-hijo y padre-hija.

Rodríguez (1999). Cuando los hijos llegan a la adolescencia los problemas familiares pueden centrarse en la diferenciación de roles y en asuntos relacionados con la separación. Para los padres puede ser difícil desligarse de los hijos y establecer un nuevo equilibrio en el sistema conyugal. Las dificultades en la relación padres-hijos, pueden ocurrir principalmente alrededor de tres áreas: la autoridad, la sexualidad y los valores. La interacción entre el adolescente y sus padres frecuentemente se caracteriza por una pobre comunicación y una expresión afectiva negativa, que resultan en un manejo inadecuado de los recursos para el control de la conducta.

Fuentes (2008). Una herramienta fundamental para la promoción en salud es la consejería, entendiéndose como una relación de ayuda establecida entre un miembro del equipo de salud y un/a usuario/a con el fin de mejorar y/o promover la salud del mismo a través del fomento de su capacidad de tomar decisiones respecto a su salud y actuar en consecuencia a esto. Es aplicada con diferentes objetivos; facilitar la percepción del riesgo, minimizar el impacto emocional de una experiencia de crisis, fomentar el apego a tratamientos entre otros.

Cerqueira (2003). En el nuevo milenio, la promoción de la salud es considerada como el fundamento de la salud pública. En el logro de los Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas (1999), la promoción de la salud es la estrategia clave del mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad. Las ciencias sociales, económicas y ambientales permitieron ampliar la comprensión de los factores sociales determinantes de la salud y la equidad; y la promoción de la salud se ha convertido en una estrategia clave de reducción de la pobreza y la desigualdad en función del contexto social.

En el IMSS se han creado los Módulos de Atención Preventiva Integral (MAPI) que surgieron a partir del año 2000 como parte de la estrategia PREVENIMSS cuyo objetivo es proporcionar atención de manera integral a los derechohabientes y cambiar el enfoque de prevención por protección de la salud, conjuntando los diversos programas(36)de medicina preventiva en atención integral a cinco grupos estratégicos con características epidemiológicas similares, quedando conformados por el niño de 0 a 9 años de edad, adolescente de 10 a 19 años, mujer de 20 a 59 años, hombre de 20 a 59 años y adulto mayor de 60 años y más.

La atención integral se brinda en un consultorio de enfermería diseñado con un espacio para entrevista y/o comunicación educativa y otro donde se realizan los

procedimientos que requieren privacidad, en estos se encuentran los consultorios anteriormente llamados módulos de atención materno infantil y los consultorios de planificación familiar, espacios exclusivos para ser atendidos por enfermeras capacitadas con especialidad, se encuentran ubicados en la consulta externa de las unidades de medicina familiar, uno por cada seis consultorios de medicina familiar en promedio, aunque en la actualidad se están introduciendo en los hospitales de segundo nivel de atención.

En los MAPI la atención del adolescente como de cualquier grupo de edad inicia desde el primer contacto con el protocolo de entrega informada de la guía para el cuidado de la salud de los adolescentes, documento elaborado para el inicio de la atención integral y como instrumento de promoción de la salud del adolescente, en su presentación expresa que el IMSS invita al adolescente a encontrar una forma de comunicación con él, en la que el respeto mutuo constituya un punto de encuentro para hablar libremente de los temas de mayor interés para el cuidado de su salud, al mismo tiempo le ofrece información útil y práctica para construir un estilo de vida saludable y brindar la confianza para acudir en búsqueda de información.

La guía para el cuidado de la salud del adolescente contiene información sobre seis componentes de la atención que se le brinda: educación para la salud, Nutrición, prevención y control de enfermedades, identificación oportuna de enfermedades, salud reproductiva y esquema básico de vacunación.

En el plano Nacional, la Secretaría de Salud (SSA), inició el programa de atención a los adolescentes en el año 1994 con énfasis en la salud sexual y reproductiva y con acciones contra las adicciones y abuso de sustancias tóxicas.

Se propone la promoción de la salud como un proceso interactivo donde la enfermera capacitada actúa como facilitadora, propiciando conductas promotoras de salud en una atmósfera comprensiva para entregarle información precisa y confiable de acuerdo a sus necesidades personales, ayudándolo a conocer y comprender sus derechos y opciones en temas como el manejo de su sexualidad, postergación del inicio de la vida sexual, anticoncepción, prevención de ITS.

Stephens (2006). Las enfermeras que se dedican a promocionar la salud de los adolescentes deben estar capacitadas, conocer las características y etapas de desarrollo de la adolescencia, ya que la forma de tratarlos como los temas a abordar durante la promoción de la salud, deben ser específicos y adecuados al desarrollo del pensamiento en estas etapa, es decir la promoción de la salud no contendrá los

mismos temas para un adolescente de 10 años que de 19, ó con experiencia sexual o no, con buenas relaciones familiares o falta de ellas, a un adolescente entre 10 y 11 años le cuesta entender cómo es que su conducta puede repercutir en la salud futura por lo tanto los mensajes de promoción deben enfocarse en el aquí y ahora, mientras que el de 14 a 16 años tendrán un pensamiento más abstracto y una mayor autonomía, entre los 17 y 19 años tendrán un pensamiento más completo, mayores experiencias junto a un reconocimiento de su identidad

Para que enfermería aplique los componentes de la promoción de la salud y salud reproductiva en MAPI requiere tener conocimiento amplio sobre el adolescente, ya en el primero aborda aspectos como los cambios físicos y sociales que experimentan, las interacciones con la familia, escuela y sociedad y la influencia en su salud.

En el componente de salud reproductiva participa en la promoción de la planificación familiar si es el caso, los métodos anticonceptivos disponibles, temas de riesgo reproductivo, prevención de enfermedades y promoción de uso de redes de apoyo, los demás componentes no se describen ya que desde siempre han sido intervenciones de enfermería. Los componentes recién incluidos en la atención integral en los MAPI pueden constituirse en beneficios o barreras percibidas para la generación de conductas promotoras de salud en el adolescente.

Vega (2005). El ambiente es muy importante para el éxito de la promoción de la salud, ya que los adolescentes son muy receptivos tanto al ambiente físico como al “clima” de un determinado lugar, estas deben ser amigables, con facilidad de acceso, confidencialidad, privacidad de preferencia sin barreras físicas.

Leal F. (2008). El adolescente por sus características sociales y personales, requiere la consejería, incluida en la promoción de la salud, establecida como una relación de ayuda con el equipo de salud con el fin de mejorarla y promoverla, ya que la adolescencia es el período de vida donde se inician las conductas de riesgo en el plano de la salud sexual y reproductiva que pueden continuar durante la vida adulta, como consecuencia provocar considerables daños en la salud, promoviendo estilos de vida saludables y responsables; se podrían evitar importantes daños a la salud.

Domínguez (2007). En el plano de salud sexual y reproductiva, interés de este estudio, confluyen diferentes elementos como la orientación y la consejería una herramienta de la promoción de la salud en los programas de salud sexual y

reproductiva, constituyen un pilar clave y básico debido a los enfoques educativos necesarios para generar impacto en las conductas promotoras de salud, así como los programas preventivos dirigidos a adolescentes de ambos sexos; busca incrementar la satisfacción de los adolescentes con decisiones voluntarias e informadas en embarazos, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, abuso sexual y elección de métodos anticonceptivos, por lo que requiere orientación preventiva y empoderamiento en sus derechos sexuales y reproductivos.

Preciado (2003) en México se han desplegado esfuerzos para la atención de los adolescentes en instituciones gubernamentales y no gubernamentales, resaltan los Centros de Integración Juvenil contra las Adicciones (CORA) desde 1969, el centro de atención para adolescentes en área de la salud sexual y reproductiva desde 1978, se encuentra la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), en los tópicos de sexualidad y salud reproductiva el IMSS trabaja con un programa coordinado para adolescentes desde 1985 con el concepto de fomento de la salud, de este programa se han derivado los módulos de atención a la salud de los adolescentes. Así como la unidad de investigación epidemiológica de la salud de los adolescentes, los que iniciaron en Jalisco y en la actualidad Veracruz cuenta con ambos en la UMF 61, que forma parte de las 19 000 instituciones de primer nivel de atención para la población abierta, la participación es multidisciplinaria, médico, enfermera, psicólogo y promotores de salud; pretende movilizar familias y comunidades para tener un papel activo en el cuidado de la salud de esta población, diferentes estrategias se aplican a la atención del adolescente, desde la entrega del paquete básico de salud hasta la atención integral en el IMSS que incluye acciones de Promoción de la salud en temas relacionados con este grupo de edad, alimentación y actividad física, salud sexual con enfoque de género, adicciones y accidentes, detecciones de padecimientos de la salud bucal, relacionados con la nutrición, exploración de la agudeza visual, protección específica con vacunación y vigilancia del embarazo y puerperio en su caso.

Numerosas publicaciones refieren la influencia de diferentes oficios sobre la aparición de enfermedades y plantean la necesidad de educar a la gente en lo concerniente a la salud y a la enfermedad, destacan la importancia entre las diferentes tasas de morbilidad por clases sociales, investigaron la influencia que ejerce la alimentación y la vivienda sobre la salud.

México a pesar de sus problemas sociales muestra indicadores de salud de un país desarrollado y es un ejemplo evidente de la influencia positiva de lo social en lo individual; la educación para la salud es un proceso elemental con el cual se informa, motiva y ayuda a las personas a favorecer y a practicar, estilos de vida saludables; ya que promueve los cambios ambientales necesarios para facilitar dicha meta.

En el año 97 en el programa IMSS Solidaridad, introduce el programa con centros de atención rural a adolescentes (CARA) con el fin de reducir la brecha en las zonas rurales, con acciones de consejería para el cuidado de la salud, tiene una cobertura actual de cinco millones de adolescentes, su programa se apoya con material audiovisual, escolar en radio y escuelas.

En el año 2000 el Consejo Nacional de Vacunación como instancia técnica y administrativa de salud, transforma el programa de atención a la salud del niño por la atención integral a la infancia y adolescencia, (CENSIA), que da inicio a la creación del programa de acción para la atención de las y los adolescentes (PAASA) en coordinación con diversas organizaciones e instituciones de salud, de ahí que propone la división de los adolescentes en dos grupos de edad: de 10 a 14 años adolescencia temprana y de 15 a 19 adolescencia tardía.

Un aspecto a tener en cuenta son los factores asociados que influirán en la percepción de la salud y barreras o beneficios percibidos, como el desarrollo cognitivo, experiencias sexuales, influencias sociales y parentales, percepción del riesgo y algunas características como la edad, la orientación sexual, el grado de escolaridad, cultura, intereses específicos, el uso previo de un método anticonceptivo y el género entre otros. Otro aspecto muy importante es la interacción que se da durante la promoción de la salud, quien la imparte debe conocer todo lo relacionado al adolescente, conceptos, normas, leyes, procesos de atención para poder realizar derivaciones, manejo de técnicas de comunicación personalizada y grupal, además de conocer y respetar los principios bioéticos en la atención a este grupo de edad.

2.1 Marco Teórico.

El presente estudio se condujo bajo el Modelo Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender (1982). Enfermera norteamericana, doctorada en psicología y educación. La Dra., Pender se basó en la teoría razonada de Martin Frishbein y la teoría de aprendizaje de Albert Bandura. Este modelo guío la exploración de los modelos biopsicosociales complejos, que dirigen al individuo a ampliar sus conductas de salud. Constituye en la Enfermería contemporánea uno de los modelos más recientes aplicados en la atención primaria de la salud, y actualmente dirigido a personas con conductas de riesgo, responde a la necesidad de la planeación en salud en el siglo XXI cuyo objetivo es la promoción de la salud, este enfoque pretende privilegiar el fomento y la protección de la salud, sin olvidar la necesidad de prevenir, tratar, curar y rehabilitar de acuerdo a las necesidades del individuo.

Como en todos los modelos de enfermería, este tiene como centro de interés al paciente, para que adquiera capacidades personales a través de la educación; tomando en cuenta los metaparadigmas de enfermería: salud, en el sentido de la importancia que el individuo le da, y le permita percibir su estado de salud. Entorno, que incluye todas las interacciones que el individuo tiene y que van forjando su capacidad para identificar un riesgo y realizar acciones para la protección de la salud. Persona, ya que los procesos cognitivos modifican la conducta y capacidad de adaptación personal. Cuidado, como elemento primordial del sistema de salud, que busca mantener, proteger y recuperar la salud de sus pueblos.

Los principales supuestos del MPS inducen a las condiciones de mejora individual y social, ya que las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de salud humana, tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva incluida la valoración de sus propias competencias, valoran el crecimiento en las direcciones consideradas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad, buscan regular de forma activa su propia conducta, interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial transformando progresivamente el entorno, y siendo transformados a lo largo del tiempo.

En este sentido el personal sanitario forma parte del entorno interpersonal que ejerce influencia en las personas, la reconfiguración iniciada por uno mismo da las pautas interactivas de la persona-entorno esencial para el cambio de la conducta.

El MPS enfoca los estilos de vida generales de promoción de la salud así como conductas específicas, se integra por tres grandes constructos;

El primer constructo, características y experiencia individuales, referida a la conducta previa relacionada, ya que la frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado puede condicionar las conductas en el futuro, resaltan las experiencias individuales, en este estudio definidas como edad de la primera relación sexual, experiencias con el embarazo, número de hijos, incluidas las características biológicas como sexo y edad.

El segundo constructo denominado cogniciones y efecto específico de la conducta, donde intervienen los factores cognitivo-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado participación de conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción, en el presente estudio identificados como beneficios percibidos, descritos como consecuencias positivas o reforzadoras de la conducta, que pueden ser intrínsecos o extrínsecos y que determinan el grado de compromiso con un plan de acción y las barreras percibidas; en el servicio, en su interacción con el personal de salud y en su entorno, equiparadas como bloques u obstáculos y costos personales reales o imaginarios para emprender una acción dada. Por último la autoeficacia percibida como juicio de las capacidades para alcanzar un cierto nivel de desempeño, que a su vez influye en las barreras percibidas de la acción, así como el afecto relacionado a la actividad y que reflejan una reacción emocional o de pensamiento que puede ser negativa o positiva.

El tercer constructo es el resultado conductual, que a partir de las interrelaciones entre factores cognitivo-perceptuales y los factores modificables influyen en la aparición de conductas promotoras de salud, dirigida al logro de salud positiva para los adolescentes integrados a un estilo de vida saludable, en la atención integral oportuna, conocimiento de la prevención de infecciones de transmisión sexual y la adopción de un método de anticoncepción. (Anexo. 1).

Diversos estudios realizados en América reportan datos similares en cuanto a las conductas sexuales de los adolescentes, mismos que sustentan la necesidad de realizar intervenciones de promoción de la salud los que basaron la discusión de los resultados del presente estudio.

Piñón Vega-Torres (2001) evaluaron el impacto de la promoción y educación para la salud en los logros de la salud pública cubana, les permitió afirmar que la

promoción de la salud en consecuencia, no es dominio exclusivo del sector salud, ya que se encontró alta proporción de analfabetas, falta de experiencia en acciones de prevención dirigidas a la población, el factor educativo es un componente indisoluble en todas las acciones, requiere que el adolescente protagonice su cuidado, mejorar la preparación de los profesionales de la salud para enfrentar el reto de la promoción de la salud.

León Sánchez-Camacho (2002) realizaron un estudio descriptivo en el que seleccionaron a todos los adolescentes de 15 a 19 años, que cursaron el nivel medio superior en el ciclo escolar 2001-2002 en un Colegio de Michoacán México, encontrando disfunción familiar asociada a nivel educacional alto en los padres, demostrado con la significancia estadística ($p < 0.005$), al hecho de que ambos padres trabajan, a mayor frecuencia de adicciones en adolescentes y a la tendencia de invertir más tiempo con los amigos. Concluyeron que los adolescentes aún confían en sus familias de origen, la consideran como fuerte apoyo, no la exoneran de sus fallas y reclaman el derecho a ser tomados en cuenta y a que se les deje crecer y madurar.

Beltrán-Del Río de la Paz (2004) reportaron la influencia de lo social en la promoción de la salud individual, asumiendo que busca contribuir la creación de condiciones que sustenten el bienestar, constituye un proceso de fortalecimiento de la capacidad de la población para verificar, acrecentar y mejorar la salud. El hombre se desarrolla en proceso de constante interacción entre lo social y lo biológico.

Pérez-Zadys; et al. (2005) identificaron comportamientos de riesgo para enfrentar la promoción de estilos de vida saludables, a través de un estudio prospectivo descriptivo en un consultorio de familia en Cuba, lo que permitió comprobar los principales comportamientos de riesgo, el grado de escolaridad, ocupación y hábitos nocivos que interfirieron en el desarrollo de estilos de vida saludable, destacando como principales hallazgos, el hábito de fumar en un amplio sector de la población y conductas sexuales riesgosas por lo que se consideró desfavorable el estilo de vida en general.

Oliva (2006) presenta hallazgos en un artículo en Barcelona, siguiendo un enfoque dimensional donde analiza aspectos clave del estilo parental, como son el afecto, la comunicación, los conflictos, el control y la promoción de la autonomía, expresa que los adolescentes se ven más favorecidos cuando los padres se muestran más afectuosos, y los animan a mostrarse autónomos. También el control

y los conflictos pueden ser positivos para los adolescentes, estas investigaciones destacan la importancia de ofrecer a los padres recursos para que puedan ejercer su rol parental de la forma más favorable para ellos y sus hijos.

Pérez González-Blanco Cortada (2006) adaptaron y ensayaron un cuestionario sobre calidad de vida relativa a la salud de los adolescentes de 15 a 19 años y su relación con conductas riesgosas, con vistas a su aplicación a adolescentes en el país, muchos planteamientos no fueron comprendidos por los adolescentes, por lo que se propuso validar el cuestionario en diferentes áreas geográficas de Cuba, concluyen que el término calidad de vida no solo teñirá las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión optando por una vida de mayor calidad, sino cambien los servicios humanos en general que se verán obligados a adoptar técnicas de mejora en sus procedimientos.

Lugones-Ramírez (2006). Evaluaron una intervención educativa en mujeres adolescentes en Cuba, atendidas en consulta infanto-juvenil, por cada paciente atendida se seleccionó un grupo control, analizaron motivo de consulta, método anticonceptivo usado y seguimiento de las pacientes con aborto; las técnicas de intervención se realizaron en grupos de discusión con familiares, los resultados reportaron que la solicitud de anticonceptivos fue la principal causa de consulta, el método más solicitado fue el dispositivo intrauterino, concluyendo que las pacientes intervenidas hicieron una selección más adecuada de los métodos anticonceptivos y las mantuvieron por más tiempo que el grupo control.

Cortés – Marleydis; et al (2007) realizó un estudio descriptivo transversal, para identificar las características sociodemográficas y el comportamiento sexual de los adolescentes, en un Municipio de la Habana, Cuba. En los años 2004 y 2005, se realizó una entrevista estructurada, aplicada por el médico de familia en consultorio y en visitas domiciliarias, 250 adolescentes entre 10 y 24 años fueron los encuestados, 162 masculinos y 88 femeninos, el mayor porcentaje fueron estudiantes (46.8%), el 3.7 refirió haber tenido relaciones sexuales, la edad promedio del inicio de éstas estuvo entre 10 y 14 años, el método mayormente utilizado como barrera fue el condón, una baja proporción no usó ningún método, la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente fue la gonorrea en casi 45% de los entrevistados. Lo anterior demuestra que los adolescentes de distintos ámbitos tienen conductas sexuales muy similares, generalmente riesgosas para su salud.

Pardo-Núñez (2007). Reportan una intervención con diseño antes y después en un grupo de mujeres en Cuba, con edades entre 20 y 40 años con el objeto de identificar la comprensión de la salud antes de intervenir con el enfoque sanológico, concluyendo que en la mujer adulta joven favorece la autorreflexión y evolución de la concepción de salud hacia la comprensión de la mujer de su papel en la construcción de su salud y necesidades de aportes sociales a un proyecto de vida.

Sanabria (2007). Presentó un análisis sintético y actualizado de los principales hitos e ideas que marcan la promoción de la salud en Cuba, así como el debate teórico y conceptual que ha establecido la educación para la salud. Concluye que la educación para la salud favorece la salud de las personas capacitando a los individuos, y grupos para conseguir los objetivos fijados con respecto a la salud, mejora y mantiene la calidad de vida, impide la producción de muertes, enfermedades y consecuencias evitables, y mejora la interacción humana, sin embargo por sí sola no dará los efectos deseados tendrá que combinarse con la promoción de ideas, capacitación y apoyo, finalmente la educación para la salud no es un simple acto de informar sobre la salud y la enfermedad, requiere profundizar en los retos que implica los problemas sociales que aquejan a las sociedades.

Hernández (2007). Concluye que la problemática del embarazo no deseado en los adolescentes tiene una connotación multicausal (política, económica, social, cultural y familiar) por lo que todas las acciones se deben encaminar en este sentido, el estudio fue realizado a 18 adolescentes de edades entre 10 y 18 años que hubieran tenido o no relaciones coitales, las que compartieron sus experiencias individuales con la investigadora. Recomienda que el cuidado de adolescentes pudiera orientarse a fortalecer el conocimiento de los adolescentes sobre la sexualidad, incluyendo valores, y la participación de maestros y familia.

Gallegos-Villarruel (2008). Intervinieron para reducir riesgos en conductas sexuales de adolescentes a través de un estudio aleatorizado, con objeto de determinar la eficacia de la intervención conductual-educativa para disminuir los factores de riesgo de VIH-SIDA, en sus resultados no encontraron diferencias en la disminución de relaciones sexuales, pero sí para el uso de condón y anticonceptivos, concluyendo que la intervención conductual representa un esfuerzo en la promoción de conductas sexuales seguras en adolescentes mexicanos.

Barrera (2006). Identificó predictores psicosociales de conducta sexual protegida en adolescentes, se aplicaron una serie de instrumentos a saber: conocimientos y

creencias sobre sexualidad, habilidades para la toma de decisiones, comunicación asertiva y conducta sexual protegida. Los resultados mostraron que la habilidad de comunicación asertiva es el mejor predictor de esta conducta, en el caso de relaciones sexuales con una pareja regular, seguido por los conocimientos; el mejor predictor con la pareja ocasional, son las creencias. Se identifica la necesidad de desarrollar programas de educación sexual que faciliten la comunicación asertiva con la pareja sexual y que proporcionen información objetiva que desmitifique creencias, mediante el conocimiento detallado y práctico sobre sexualidad, embarazo y uso de anticonceptivos.

III. METODOLOGIA

3.1. Tipo y diseño de estudio.

Se realizó un estudio cuasiexperimental con dos grupos, sin intervención (GNI) y con intervención (GI) con la finalidad de evaluar antes y después una estrategia de promoción de la salud (intervención), en las conductas promotoras de salud en adolescentes.

3.2. Universo.

Para el presente estudio serán considerados los adolescentes de 10 a 19 años de edad usuarios del Módulo de Atención Preventiva Integral (MAPI), de la unidad de Medicina Familiar No. 61 del IMSS de Veracruz, los grupos habrán de categorizarse de acuerdo al grado de escolaridad, ocupación, estado civil, experiencia de embarazos y uso de métodos anticonceptivos; la población adolescente que cubre esta unidad es de diferentes niveles sociales, ya que se encuentra ubicada en una zona de unidades habitacionales de nivel medio alto, así como población urbano marginada que se localiza en los límites del espacio físico donde la unidad de salud se encuentra.

Esta UMF es considerada Modelo en el primer nivel de atención, en cuanto a la estructura física y metodológica en la atención a este grupo de edad.

3.3. Muestra.

De tipo no probabilística, constituida por 25 adolescentes del GI y 25 GNI, conformando las unidades de análisis de este estudio, ya que a través de sus respuestas a un instrumento diseñado se evaluarán las conductas promotoras de salud, para conocer las modificaciones en la conducta promotora de salud que realizaron antes y después de la intervención educativa a las enfermeras que les brindaron atención integral.

3.4. Muestreo.

Por conveniencia, adolescentes que acudieron a atención en los consultorios PREVENIMSS GNI un mes antes de la intervención y tres meses después de la intervención GI.

3.5. Criterios de selección:

Criterios de Inclusión:

Estarán incluidos 25 adolescentes de 10a 19 años de edad de acuerdo a la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud OMS (GI) usuarios de los MAPI Planificación familiar y Módulo materno Infantil del turno matutino atendidos por enfermeras incluidas en la capacitación en promoción de la salud reproductiva del adolescente y 25 adolescentes atendidos en los mismos MAPI en el turno vespertino (GNI) atendidos por enfermeras que no participaron en la capacitación de promoción de la salud del adolescente.

Criterios de exclusión:

Se excluirán los adolescentes de 10a 19 años de edad usuarios de los MAPI que cursen con patología grave agregada.

Criterios de eliminación:

Se eliminarán adolescentes cuyos instrumentos aplicados no sean contestados en su totalidad.

3.5. Procedimiento.

Dará inicio con la maniobra de intervención “Estrategia educativa para la promoción de la salud de adolescentes usuarios de MAPI” dirigida a las enfermeras que laboran en el servicio en el turno matutino de la UMF 61 del IMSS, con la modalidad de aprendizaje basado en problemas; del 12 al 16 de octubre del 2009, de lunes a viernes en horarios de 8:00 a 14:00 hrs. Con una duración total de 40 horas. Con el objetivo de favorecer el aprendizaje de las enfermeras de MAPI, en sus actividades de promoción de la salud dirigida a los adolescentes que atienden e impactar en sus conductas promotoras de salud. Se abordarán cinco problemas que afectan a esta población con su respectiva pregunta generadora a resolver en el interior de cada equipo, socializando sus respuestas fundamentadas en

investigaciones recientes con el grupo, el primer tema problema: participación del equipo de salud en el desarrollo de estilos de vida saludable, con la pregunta ¿cómo puede la enfermera y el médico contribuir en el desarrollo de estilos de vida saludables en adolescentes? el segundo tema problema: salud sexual y reproductiva de los adolescentes, con la pregunta ¿cómo identifica algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva en la población adolescente? El tercer caso problema; calidad de vida, con la pregunta ¿Cuál es el compromiso en la mejora de la calidad de vida de los adolescentes? El cuarto tema problema: consejería en salud, con la pregunta ¿cómo aplicaría la consejería en salud? y el quinto tema ; la salud de los adolescentes, el IMSS en cifras, con la pregunta ¿qué actividades propone para mejorar las cifras de salud de los adolescentes atendidos en esta institución? (Apéndice 2), se solicitará el apoyo del Departamento de Educación e Investigación en Salud de la UMF para el reclutamiento del equipo multidisciplinario, médicos familiares, médicos residentes de medicina familiar de primero y segundo año, trabajadoras sociales, psicóloga, y las enfermeras(os) de los servicios MAPI del turno matutino, con la finalidad de favorecer el debate y la discusión, en torno a cinco problemas de salud más urgentes e atender en el adolescente y las estrategias de promoción de salud necesarias para cada caso.

Se solicitará al Departamento de Educación los recursos áulicos, audiovisuales, pizarrón, plumones, papel bond, revistas para recortes, el apoyo social a cargo de la investigadora.

Los participantes del equipo multidisciplinario se integrarán en cinco equipos de trabajo con cinco integrantes en total, 25 personas; el equipo1 se conformará con dos enfermeras de MAPI, una enfermera de modulo materno infantil, un Médico Residente de Medicina Familiar y una Trabajadora Social. En el equipo 2, un enfermero del servicio de planificación familiar, un médico residente de Medicina Familiar, una trabajadora social, una psicóloga y dos enfermeras de MAPI, En el equipo 3, 4 y 5 se integrarán dos médicos Residentes de Medicina Familiar, dos enfermeras de MAPI y una trabajadora social.

Posterior a la intervención educativa se aplicará una encuesta estructurada (Apéndice 4) al GI para identificar sus características generales, estructuras familiares, antecedentes de consulta por motivos de salud reproductiva, sistemas de valores familiares, así como el control de la salud percibida, beneficios percibidos y

barreras percibidas, con la finalidad de evaluar conductas promotoras de salud en adolescentes usuarios de MAPI en el turno matutino de 8:00 a 14 Hrs. del 4 al 15 de enero del año 2010 completando la muestra de 25 adolescentes usuarios de MAPI. La misma encuesta será aplicada al GNI adolescentes usuarios de MAPI del turno vespertino en horario de 15:00 a 21:00, previo consentimiento informado del adolescente o de los padres en los menores que así lo requirieran hasta completar 25.

3.6 Instrumento

El instrumento a utilizar elaborado para la investigación será sometido a dos rondas de expertos, enfermeras docentes de la Universidad Veracruzana con experiencia en la aplicación del modelo, para validación de contenido en base a los constructos del modelo de promoción de la salud de Nola Pender y se someterá a confiabilidad con Alpha de Cronbach.

El instrumento será construido con respuestas tipo Likert de la siguiente manera: el primer bloque de preguntas abordará aspectos referentes a características y experiencias individuales, factores personales, biológicos, psicológicos y socioculturales, el segundo llamado estructuras familiares que tocará aspectos sociales de la estructura familiar, de acuerdo al MPS incluido en el constructo cogniciones y efecto específico de la conducta. El tercero llamado sistemas familiares que valorará el crecimiento y afecto de la familia, el cuarto llamado sistemas de comunicación familiar, relacionados al mismo constructo, para continuar con el bloque de conductas protectoras de salud que según el modelo planteado explorará importancia de la salud, y el control de la salud percibido por el adolescente, los beneficios percibidos de la atención brindada, continuando con las prácticas sexuales que permitirán evaluar el impacto de la promoción de la salud en las conductas promotoras de salud.

IV. RESULTADOS

Los resultados de la capacitación fueron muy gratificantes, en cada sesión de seis horas cada una se evaluaron los avances y logros paso a paso en la resolución de cada problema planteado, los temas abordados fueron entregados a partir de una pregunta y una descripción breve de la problemática para invitar a los participantes a realizar búsqueda de información para la solución del problema, con esto se intentó fortalecer los conocimientos de los participantes para proponer alternativas de solución al caso problema seleccionado.

La ronda de expertos del instrumento tuvo modificaciones de forma, ordenando los ítems de acuerdo a los constructos del Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender.

Para el análisis estadístico se calcularon los índices por bloques de variables, de acuerdo al valor asignado de cada variable, se utilizó estadística descriptiva para los datos generales, y estadística inferencial no paramétrica en las variables manipuladas con la estrategia de promoción de salud para evaluar socialmente las conductas promotoras de salud de los adolescentes. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 15 para Windows.

El Cuadro 1 muestra la consistencia interna del instrumento elaborado para evaluar la estrategia de promoción de la salud aplicada en el presente estudio, presentó un Alpha de Cronbach de .93 afirmando su confiabilidad (Polit y Hungler, 1999).

Cuadro 1. coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach del instrumento para la evaluación social de la estrategia de promoción de la salud para generar conductas protectoras en adolescentes.

Instrumento	Número de ítems	Alpha de Cronbach
Evaluación social de la estrategia de promoción de la salud para generar conductas protectoras en adolescentes	41	.93

n=25

Se identifican en el Cuadro 2, los factores personales de los adolescentes incluidos en el estudio, destacó en el grupo no intervenido (GNI) la edad entre 17 y 19 años en 56% en su mayoría varones 64%, en el grupo intervenido (GI) se observaron las edades entre 10 y 13 años en el 80% de los casos, y mujeres en 64% del total de la población.

Cuadro 2. Descripción de características individuales incluidas en factores personales biológicos, edad y sexo de los grupos de adolescentes.

Factores Personales	Características Individuales			
	Fr	%	Fr	%
	GNI		G I	
Edad en años				
10 a 13	2	8	20	80
14 a 16	9	36	5	20
17 a 19	14	56	0	0
Total	25	100	25	100
Sexo				
Hombre	16	64	9	36
Mujer	9	36	16	64
Total	25	100	100	100

El Cuadro 3 muestra las estadísticas descriptivas de las características individuales de los grupos definidas como factores personales socioculturales; en el GNI, en la variable escolaridad, se observó el mayor puntaje con 44% la secundaria incompleta, ocupación estudiantes solo 56% de los adolescentes, en su mayoría solteros 60%. Con hijos 20% de ellos.

En el GI solo 32% con secundaria completa, estudiantes en el 100%, el 80% soltero, con hijos el 4% de ellos.

Cuadro 3. Datos descriptivos de factores socioculturales en características y experiencias individuales de adolescentes atendidos en módulo de atención integral.

Factores Socioculturales	Características individuales			
	GNI		GI	
	Fr	%	Fr	%
Escolaridad				
Primaria completa	3	12	9	36
Primaria incompleta	1	4	8	32
Secundaria completa	11	44	8	32
Secundaria incompleta	7	28	0	0
Bachillerato completo	3	12	0	0
Total	25	100	25	25
Ocupación				
Estudiante	14	56	25	100
Empleado	6	24	0	0
Otro	5	20	0	0
Total	25	100	100	100
Estado Civil				
Soltero	15	60	20	80
Casado	8	32	2	8
Otro	2	8	3	12
Total	25	100	25	100
Hijos				
Con hijos	5	20	1	4
Sin hijos	20	80	24	96
Total	25	100	25	100
Motivos de consulta				
Solicitud de anticonceptivos	3	12	1	4
Embarazo	4	16	0	0
I T S	0	0	1	4
Enfermedad general	5	20	13	52
Vacunación	13	52	10	40
Total	25	100	25	100

Cuadro 4. Muestra las características individuales de los adolescentes identificados como factores personales psicológicos; en el GNI respondió en cuanto a sentirse lleno de energía, “algunas veces” con 44%, la respuesta resistencia a enfermedades 44% “algunas veces”, sobre recuperación rápida a las enfermedades 52% “Siempre”, a la coordinación de movimientos 72% “siempre”, en cuanto a tener muchas cosas de qué sentirse orgulloso el 68% respondió “algunas veces”, a la pregunta me gusta como soy 16% “nunca”.

El GI respondió en cuanto a sentirse lleno de energía, “siempre” con 52%, la respuesta resistencia a enfermedades 64% “siempre”, sobre recuperación rápida a las enfermedades 52% “Siempre”, a la coordinación de movimientos 64% “siempre”, en cuanto a tener muchas cosas de qué sentirse orgulloso el 60% respondió “algunas veces”, a la pregunta me gusta como soy 12% “nunca”.

Las características individuales de los adolescentes se desarrollan con las relaciones familiares, el rol familiar durante el período adolescente juega un papel crucial en el ajuste psicológico de la persona, la baja autoestima, los problemas académicos, los problemas para la integración social. (Estévez-Musito 2005).

Cuadro 4. Datos descriptivos de características y experiencias individuales de adolescentes atendidos en módulo de atención integral.

Factores Psicológicos	Características individuales			
	Fr	%	Fr	%
Estoy lleno(a) de energía.		GNI		G I
Nunca	1	4	2	8
Algunas Veces	11	44	10	40
Siempre	13	52	13	52
Total	25	100	25	100
Resisto muy bien las enfermedades.				
Nunca	4	16	0	0
Algunas Veces	11	44	9	36
Siempre	10	40	16	64
Total	25	100	25	100
Recuperación rápida de enfermedades				
Nunca	3	12	2	8
Algunas Veces	9	36	10	40
Siempre	13	52	13	52
Total	25	100	25	100
Buena coordinación de movimientos				
Nunca	0	0	2	8
Algunas Veces	7	28	7	28
Siempre	18	72	16	64
Total	25	100	25	100
Tengo muchas cosas de las que sentirme orgulloso				
Nunca	2	8	1	4
Algunas Veces	6	24	9	36
Siempre	17	68	15	60
Total	25	100	25	100
Me gusta como soy				
Nunca	4	16	3	12
Algunas Veces	4	16	6	24
Siempre	17	68	16	64
Total	25	100	25	100

El Cuadro 5. Muestra las características y experiencias individuales de los adolescentes relacionados con las conductas previas.

Donde se resaltó que ambos grupos reportaron experiencias sexuales previas, el GNI con 78% y el GI con 36% de los casos.

En el MPS, las características y experiencias individuales tienen un efecto directo sobre la conducta, mismas que pueden ser modificadas por las características situacionales, personales e interpersonales lo que da como resultado la participación en conductas generadoras de salud, cuando existe una pauta para la acción; que la puede propiciar con la promoción de la salud, la enfermera que lo atiende y el adolescente percibirlo como un beneficio.

Cuadro 5. Datos descriptivos de características y experiencias individuales de adolescentes atendidos en módulo de atención integral.

Conductas Previas Relacionadas	Fr	%	Fr	%
Experiencias sexuales previas	GNI		G I	
Sin relación sexual	8	32	16	64
Con relación sexual	17	78	9	36
Total	25	100	25	100

El Cuadro 6. Reportó datos muy interesantes en cuanto a las conductas previas relacionadas y que impactan en las conductas promotoras de salud de los adolescentes como el alto porcentaje de inicio de relaciones sexuales en edades tempranas en el GNI con 32% a los 17 años, mientras que el 32% no ha tenido relaciones sexuales, y en el GI el 16% a los 10 años de edad y el 60% no ha tenido relaciones sexuales. Se reportan en estudios (Catacora-Villanueva, 2004) el promedio de edad de 14.5 años de la primera relación sexual y el caso más precoz en varones de 10 años y mujeres de 13 años.

Se identificó la precocidad en el inicio de las relaciones sexuales sobre todo en el grupo intervenido, datos que coinciden con los resultados reportados (Lugones y Ramírez, 2006). Lo que conlleva a riesgos de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, independientemente de los conflictos interpersonales que limitan la sexualidad como componente afectivo y de placer que se manifiesta durante toda la vida convirtiéndose en un riesgo para la salud; el inicio de relaciones sexuales de manera precoz se califica como comportamiento de riesgo, dada la falta de conocimiento para proteger y evitar enfermedades, sobre todo de tipo sexual como las infecciones, o situaciones como embarazos no deseados, dando como consecuencia frustración, baja autoestima y conflictos familiares.

En el MPS en el constructo cogniciones y efecto específico de la conducta, resalta los factores cognitivo perceptuales donde las influencias interpersonales entre la familia, los adolescentes en su escuela o entorno, las normas que le han inculcado y las que conoce de la sociedad donde se desarrolla e iguala como modelos, deben ser tomados en cuenta en las intervenciones del equipo de salud, especialmente la enfermera de MAPI que actualmente se le ha otorgado la actividad de promoción de la salud en este grupo de edad, por lo que debe asumir el compromiso de prepararse para tal actividad, ya que el adolescente percibe como beneficio o barrera, la atención, privacidad, respeto e información que se le brinde, pudiendo impactar en su percepción de la autoeficiencia de lo recomendado y en la identificación del efecto relacionado a la actividad propuesta por la enfermera para el cuidado de su salud como resultado conductual.

Cuadro 6. Datos descriptivos de características y experiencias individuales de adolescentes atendidos en el módulo de atención integral.

Conductas Previas Relacionadas	Fr	%	Fr	%
	GNI		GI	
Edad de la primera relación sexual				
10 años	1	4	4	16
11 años	0	0	1	4
12 años	0	0	3	12
14 años	3	12	0	0
15 años	1	4	1	4
16 años	2	8	0	0
17 años	8	32	0	0
18 años	1	4	0	0
19 años	1	4	0	0
No ha tenido relaciones sexuales	8	32	16	62
Total	25	100	25	100
Persona de la primera relación sexual				
No aplica	8	32	15	60
Amigo(a)	6	24	3	12
Compañero(a) colegio	4	16	2	8
Novio	7	28	5	20
Total	25	100	25	100

El Cuadro7. Reportó que en el GNI el tiempo que sostuvieron sus relaciones fue de meses en 24% de los casos, días y años en 20% de los casos; 12% de los adolescentes solicitó el DIU como método anticonceptivo, y solo el 32% usa condón.

Los resultados en el GI muestra que el tiempo que sostuvieron sus relaciones fue de días en 16% de los casos y semanas en 12% de los casos; ninguno de los adolescentes solicitó un método anticonceptivo, y solo la mitad de ellos expresó que usa condón.

Estos datos resaltan la problemática adolescente ante embarazos no deseados descritos en múltiples estudios, (Hernández 2007) reporta en una investigación etnográfica que esta problemática tiene una connotación multicausal, (política, económica, social, familiar) por tanto todas las intervenciones de enfermería se deben encaminar en promover la salud para generar conductas promotoras de salud sexual en este grupo de riesgo.

Los hallazgos muestran el pobre impacto de la información en cuanto al uso del condón como protección ante infecciones de transmisión sexual, constituyendo éstas un problema de salud pública mundial, algunos de los factores desencadenantes del aumento de infecciones de transmisión sexual (ITS) son las relaciones sexuales sin protección y promiscuidad. (López-Domínguez 2008).

La persona con la que sostuvieron su primera relación sexual en el GNI fue el novio 28% de los casos, igualmente en el GI con 20 % de los casos. Coincide con los hallazgos encontrados por López -Domínguez (2008) solo que se pudo diferenciar que en las mujeres su primera relación sexual fue con el novio y en los varones con las amigas, las mujeres con una relación más duradera de meses y la de varones de días.

Los datos anteriores ponen de manifiesto la necesidad de compañía o de pertenencia a un grupo en los adolescentes, aunado al despertar de su sexualidad con escasa información sobre los cambios de su cuerpo y deficiencias en los valores y normas, resaltando el carácter social y familiar en sus conductas, de aquí; que las intervenciones con adolescentes se propone desde los consultorios de familia con la participación del equipo multidisciplinario de salud, al médico y enfermera le competen los componentes de salud, al primero en el aspecto biológico específicamente el tratamiento de las enfermedades y a enfermería el cuidado de la salud, por lo que requiere fortalecer sus competencias como promotora y educadora de la salud con el objetivo de modificar los resultados conductuales.

Como datos relevantes se encontraron que el GNI sí utiliza métodos anticonceptivos, y el GI a pesar de tener vida sexual activa, no solicitó un método anticonceptivo como se esperaba, por tanto la promoción de la salud no tuvo la calidad esperada en este aspecto. Debido posiblemente a una barrera percibida por el adolescente al no obtener una consejería adecuada. Lo anterior impacta en las conductas sexuales de los adolescentes, por tanto para reducir la incidencia y prevalencia de ITS y VIH/SIDA se requieren modelos conductuales educativos fundamentados en teorías de aprendizaje y de enfermería, para facilitar el cambio de conductas no saludables, estos resultados son semejantes a los reportados en intervenciones similares que consideraron factores culturales y no reportaron efecto sobre la conducta sexual de los jóvenes.(Gallegos-Villarruel 2008). Estos datos confirman la importancia de ofrecer intervenciones educativas y de promoción de la salud por enfermeras, con la capacidad y conocimiento suficiente para llevar a cabo una consejería en salud reproductiva que dé el impacto esperado.

Cuadro 7. Datos descriptivos de características y experiencias individuales de adolescentes atendidos en el módulo de atención integral.

Conductas Previas Relacionadas	Fr	%	Fr	%
	GNI		GI	
Tiempo de mantener relaciones				
Días	5	20	4	16
Semanas	1	4	3	12
Meses	6	24	2	8
Años	5	20	1	4
No aplica	8	32	15	60
Total	25	100	25	100
Anticonceptivo solicitado				
DIU	3	12	0	0
Pastilla	2	8	0	0
Inyectable	2	8	0	0
Otro	8	32	0	0
Ninguno	2	8	10	40
No aplica	8	32	15	60
Total	25	100	10	100
Uso de condón				
Sí	8	32	5	20
No	9	36	5	20
No aplica	8	32	15	60
Total	17	68	10	100

Los cuadros 8 y 9. Muestran en una tabla de contingencia, el tiempo en que se mantuvieron las relaciones sexuales y la edad de los adolescentes, en el GNI en su mayoría duraron meses a partir de los 15 años de edad, se pudiera pensar que a mayor edad mayor tiempo de sostener las relaciones, sin embargo en ambos grupos el tiempo fue similar, GI meses en edades de 10 y 16 años.

Aunque se aprecian datos que hablan de encuentros sexuales fortuitos que duraron días en ambos grupos, coincide con los resultados de investigaciones de prácticas sexuales de Catacora-Villanueva (2007). Con datos muy similares.

Lo anterior denota similitud en diferentes comportamientos sexuales, que permiten orientar los programas enfocados a promover la salud sexual de los adolescentes. Se confirma que los comportamientos de riesgo en los adolescentes compromete la integridad física y mental, aluden el comportamiento sexual (inicio temprano de relaciones sexuales, el uso inconsistente del condón entre otros). (Campo- Cogollo 2008).

Cuadro 8. Edad en años y duración de la primera relación sexual GNI

Duración/	Edad						Total
	10 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 a 19 años	
Días		3			2		5
Semanas	1						1
Meses			1	2	2	2	7
Años					4		4
Total	1	3	1	2	8	2	17

Cuadro 9. Edad en años y duración de la primera relación sexual GI

Duración/	Edad					Total
	10 años	12 años	15 años	16 años	17 años	
Días		1			1	2
Meses	2	1	1	2		6
Años						1
Total	3	2	1	2	1	9

El Cuadro 10. Presentó de acuerdo al MPS los resultados descriptivos de las cogniciones y efectos específicos de la conducta desde el punto de vista de los sistemas familiares, para dar respuesta al objetivo 3. En el GNI destacó la composición familiar es nuclear en un 44%, en la mayoría de los casos quien trabaja en casa es el papá en un 36%, en cuanto a los estudios completados por el papá el 40% es de nivel secundaria completa, mientras que los estudios completados por la mamá son de primaria completa en el 40% y en el 60% de los casos los padres se encuentran trabajando.

En el GI resaltó la composición familia nuclear en un 76%, en la mayoría de los casos quien trabaja en casa son ambos padres en un 36%, en cuanto a los estudios completados por el papá 28% fue de nivel secundaria completa, mientras que los estudios completados por la mamá en el mismo grado de estudios fue del 40%; en el 72% de los casos los padres se encontraron trabajando.

Los factores cognitivo perceptuales del adolescente son marcados por las influencias interpersonales en este caso con la familia, de acuerdo a los datos presentados el nivel educativo de los padres es básico, en su mayoría dedicados al trabajo, lo que disminuye las posibilidades de una interacción efectiva con los adolescentes y una enseñanza del cuidado de la salud de sus hijos, que debiera iniciar con información y apoyo en los cambios físicos y psicológicos que sufre un adolescente, y que pueden constituir un riesgo para su salud.

Pese a la evidencia empírica de que diversas variables familiares influyen directamente en la salud de los adolescentes, aún es necesario seguir indagando sobre la relación de distintas variables.

Lo más importante es resaltar el contexto familiar como parte de las influencias interpersonales, por tanto la responsabilidad crece en el sector salud, especialmente en los que tienen a su cargo la atención del adolescente, enfermería requiere fortalecer sus competencias en la interacción con los jóvenes, reconocer las oportunidades perdidas e incrementar su participación en el cuidado de la salud, con la creación de planes de atención donde involucre la participación de los integrantes de la familia, trabajar con los padres y hermanos en busca de la percepción de beneficios y disminución de las barreras e incremento de la autoeficacia percibida por los adolescentes.

A partir de los resultados anteriores, resalta la importancia de incluir a los padres en los programas de educación para la salud de los adolescentes. (Oliva 2006).

Cuadro 10. Datos descriptivos de cogniciones y efectos específicos de la conducta, relacionados con las influencias interpersonales en la familia.

Sistemas familiares.	Fr	%	Fr	%
	Grupo NI		Grupo I	
Composición familiar				
Nuclear	11	44	19	76
Incompleta (Papá e hijos)	2	8	1	4
Incompleta (Mamá e hijos)	7	28	2	8
Extensa	5	20	3	12
Total	25	100	25	100
Quien trabaja en casa				
Papá	9	36	8	32
Mamá	6	24	5	20
Papá y mamá	3	12	9	36
Todos	7	28	3	12
Total	25	100	25	100
Estudios completados por el papá				
Ninguno	6	24	3	12
Primaria completa	5	20	1	4
Secundaria completa	10	40	7	28
Nivel técnico	4	16	8	32
Nivel profesional	0	0	6	24
Total	25	100	25	100
Estudios completados por la mamá.				
Ninguno	3	12	2	8
Primaria completa	10	40	6	24
Secundaria completa	6	24	10	40
Nivel técnico	5	20	5	20
Nivel profesional	1	4	2	8
Total	25	100	25	100
Los padres se encuentran en:				
Trabajando	15	60	18	72
Buscando trabajo	0	0	4	16
Quehaceres del hogar	10	40	3	12
Total	25	100	25	100

El Cuadro 11. Describe los resultados de la prueba Kruskal–Wallis, muestra los contrastes no paramétricos del control de la salud percibida, de acuerdo al sexo, estado civil, motivos de consulta, edad de la primera relación sexual y la presencia o no de hijos para contrastar las calificaciones de los indicadores al interior de cada grupo de adolescentes atendidos en los consultorios de atención integral como un efecto específico de cogniciones y conducta, relacionada con las características individuales, para responder a la pregunta de investigación de comparar a los grupos con intervención y sin intervención educativa, no se encontró significancia estadística en ninguno de los indicadores posterior a la intervención educativa de enfermeras que atienden el módulo de atención integral a la salud.

De acuerdo a los resultados mostrados en esta tabla, el sexo, estado civil, motivo de consulta y edad de la primera relación sexual, no tuvo un efecto específico en el control de la salud percibido en el GNI ni GI.

Sólo la experiencia de embarazo en el GNI tuvo un efecto específico en el control de la salud percibido $p < .03$.

Según el MPS este indicador tiene gran influencia en la conducta promotora de salud en los adolescentes.

Hablando en general se esperaba mejorar el impacto de la promoción de la salud de los adolescentes al capacitar al personal de enfermería que interviene en este componente, sin embargo conforme a lo que propone Piñón y Torres (2001), la promoción y la educación para la salud en consecuencia no es dominio exclusivo del sector salud, se requiere establecer, normas y procedimientos en la metodología general para el cumplimiento de los objetivos específicos del programa de promoción de la salud dirigida a adolescentes, con la finalidad de preservar sus salud, es necesario perfeccionar los componentes de evaluación de impacto de las diferentes intervenciones del equipo de salud, donde involucre a la familia.

De igual forma es necesario proponer crear y elaborar planes de atención de enfermería individualizados con seguimiento para evaluar las acciones y replantear las intervenciones de enfermería, para lo que se requiere personal profesional con dominio de los procesos de atención y teorías de enfermería, en el hogar, escuelas y comunidades.

Si bien es cierto que la modificación de conductas en los aspectos de salud de los adolescentes no es tarea fácil, se requiere perfeccionar distintos conceptos inherentes a los adolescentes como grupo de edad, como lo propone Pérez-Blanco

(2001). Donde resalta que el concepto de salud de los adolescentes difiere en algunos aspectos de los conceptos de salud de los adultos en el sentido de que la medición de la salud de los adolescentes debe tener en cuenta la habilidad de participar plenamente en actividades físicas, sociales y psicosociales inherentes a su edad ya que la adolescencia es una etapa muy importante de la vida, que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones.

Cuadro 11. Datos de Cogniciones y efecto específico de la conducta de adolescentes atendidos en el módulo de atención integral.

Control de la salud percibida	GNI			GI		
	n	Rango Promedio	Valor p*	n	Rango Promedio	Valor p*
Por sexo						
Hombre	9	11.6		16	11.9	
Mujer	16	13.7		9	14.8	
Total	25		.4	25		.3
Por estado civil						
Soltero	15	12.4		20	14.6	
Casado	8	13.2		2	5.2	
Otro	2	16.2		3	7.1	
Total	25		.7	25		.07
Por motivos de consulta						
Solicitud anticonceptivo	3	14.5		1	7.0	
Embarazo	4	14.2		1	7.0	
Enfermedad	5	9.8		13	14.1	
Vacunación	13	13.3		10	12.6	
Total	25		.7	25		.6
Edad primera relación s.						
10 años	1	14		4	8.0	
11 años	0	0		1	7.0	
12 años	0	0		3	13.3	
14 años	3	5.8		0	0	
15 años	1	18.5		1	16.0	
16 años	2	17.2		0	0	
17 años	8	15.4		0	0	
18 y 19 años	2	18.2		0	0	
Sin relaciones sexuales	8	10		16	14.3	
Total	25		.2	25		.4
Experiencia de embarazo						
Con hijos	5	19.2		1	3.5	
Sin hijos	20	11.4		24	13.4	
Total			.03	25		.2

P* <.05 Prueba de Kruskal –Wallis

El Cuadro 12. Muestra el coeficiente de correlación de las cogniciones y efecto específico de la conducta del MPS en el GNI; encontrando significancia estadística en la correlación del índice control de la salud percibida con los índices de crecimiento $p .03$ y afecto con $p.01$. Y el índice de afecto con el índice de control de la salud y beneficios percibidos $p.003$ y $.01$ respectivamente, estos resultados son referidos a las interacciones de los adolescentes con su familia, en los comentarios del cuadro anterior se resalta la importancia de la influencia que el crecimiento y afecto en la familia puede tener en la salud de los jóvenes, lo muestra el resultado de la correlación comunicación familiar con el índice beneficios percibidos $p .01$.

Por tanto, el control de la salud percibida se correlaciona altamente con los beneficios percibidos $p.008$, es claro que el adolescente al identificar sus condiciones de salud reconoce sus necesidades, por tanto lo que le es ofrecido como componente en su atención, en este caso 'promoción de la salud se percibe como beneficio, que impactará en la frecuencia con que lleve a cabo las conductas enseñadas.

Es importante señalar el resultado de la alta correlación del índice de las barreras percibidas con el beneficio percibido $p.000$, lo que obliga a cuidar las interacciones del adolescente en el servicio o clínica, con el propio personal de salud y naturalmente con su entorno, este aspecto es atendido ya en los programas de calidad de atención que en la actualidad toman un papel muy importante en la certificación de las unidades de salud, ya que en muchas ocasiones el propio servicio o personal que atiende se constituye en una barrera, las encuestas de opinión de los usuarios refieren en muchos casos la falta de amabilidad y de información en la atención que le brindada.

Los hallazgos anteriores confirman lo propuesto en el MPS de Nola Pender, al exponer que se correlaciona las características y experiencias individuales y que tienen un efecto directo sobre la conducta, a través de las cogniciones efecto específico en la misma, la reconfiguración iniciada por uno mismo da las pautas interactivas de la persona-entorno esencial para el cambio de la conducta.

Es importante resaltar el índice de control de salud percibida y los beneficios percibidos se correlacionan significativamente con el crecimiento, afecto y sistemas de comunicación familiar, que repercuten directamente en las conductas promotoras de salud del adolescente, lo anterior fortalece la importancia del trabajo de enfermería en la promoción de la salud con las familias.

La promoción de la salud busca contribuir a la creación de condiciones que sustenten el bienestar, constituye un proceso de fortalecimiento de la capacidad de la población para beneficiar, acrecentar y mejorar la salud.

Los factores sociales se deben tener presente al momento de realizar acciones de promoción de salud, ya que el ser humano se desarrolla en un proceso constante de interacción entre lo biológico y lo social, de ahí la importancia del MPS de Nola Pender incluye las experiencias y características individuales como uno de los primeros constructos de su modelo de enfermería.

La función familiar por tanto es un factor importante que condiciona la aparición de problemas socioculturales y de salud del adolescente, como el embarazo y enfermedades de transmisión sexual entre otros (Sánchez- Camacho 2002). La tendencia de la enfermería y familia se hace más necesaria en base a los problemas de salud que no pueden ser resueltos exclusivamente en la clínica de atención, requiere el manejo del adolescente en su entorno familiar y escolar, propiciando la participación de los padres en el cuidado de la salud.

Cuadro 12. Coeficiente de Correlación de cogniciones y efecto específico de la conducta de adolescentes atendidos en módulo de atención integral., GNI.

Rho de Spearman P* 0.05 Bilateral. Significativa 0.01 bilateral Significativa	P**	Índice control de la salud percibida	Índice Beneficios Percibidos
Sexo	Coeficiente correlación	.140	.041
	n	25	25
Índice Crecimiento	P*	.5	.8
	Coeficiente correlación	.430	.469
Índice Crecimiento	n	25	25
	P*	.03*	.01*
Índice Afecto	Coeficiente correlación	.562	.349
	n	25	25
Índice Afecto	P*	.003**	.01*
	Coeficiente correlación	.358	.467
Índice Sistemas de Comunicación familiar	n	25	25
	p*	.07	.01*
Índice Conductas Protectoras de salud	Coeficiente correlación	.181	.300
	n	25	25
Índice Conductas Protectoras de salud	P*	.3	.1
	Coeficiente correlación	1.000	.517
Índice Control de la salud Percibida	n	25	25
	p*	.1	.008**
Índice Beneficios percibidos	Coeficiente correlación	.517	.1000
	n	25	25
Índice Beneficios percibidos	P*	.008**	.1
	Coeficiente correlación	.335	.687
Índice Barreras percibidas	n	25	25
	p*	.10	.000**

El Cuadro13. Representa el coeficiente de correlación de las cogniciones y efecto específico de la conducta en los adolescentes del GI, con relación a los índices de crecimiento, afecto, comunicación familiar, conductas protectoras de salud, control de la salud percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas. Encontrando significancia estadística con los índices de control de la salud percibida y crecimiento $p < .001$, factor directamente relacionada con los sistemas de valores familiares, sin correlación con los beneficios percibidos como se obtuvo en el GNI; el índice afecto, $p < .000$ y el control de la salud percibida $p < .001$; en los beneficios percibidos mostró es una correlación más alta que en el GNI; los sistemas de comunicación familiar con el control de la salud percibida y con los beneficios percibidos $p < .007$. Por lo que se deduce que los factores familiares, crecimiento, afecto y sistemas de comunicación familiar mostraron una alta correlación con el control de salud y beneficios percibidos por los jóvenes en el GI que en el GNI. En el GI se encontró correlación de las conductas protectoras de salud con el control de salud percibido y beneficios percibidos, contrariamente al GNI que no hubo ninguna correlación. Las barreras percibidas en ambos grupos mostraron la misma correlación con los beneficios percibidos.

Nuevamente resalta la importancia de la familia en las interacciones con los adolescentes para percibir la necesidad de estilos de vida saludables, así mismo resalta que las barreras percibidas muestran una alta correlación con los beneficios percibidos, lo que obliga a mantener en continua supervisión la atención brindada a los adolescentes, las encuestas de satisfacción del usuario serían de gran utilidad para mejorar el servicio, así como el control y seguimiento de los motivos de consulta de los jóvenes, si se incrementan los motivos de consulta para promoción de la salud o chequeo, estará hablando que percibe beneficios en la atención recibida. Estos resultados orientan a la necesidad de fortalecer las intervenciones de enfermería en educación para la salud, con planes bien estructurados para lograr cambios en la conducta de las personas y mejorar sus conductas protectoras de salud y tener posibilidad de evaluarlas y ajustarlas a las necesidades individuales. Los hallazgos relevantes encontrados en investigaciones realizadas en las últimas décadas sobre las relaciones familiares y el desarrollo adolescente Oliva Delgado (2006). Presta una especial atención a dos aspectos; los cambios de estas relaciones con la llegada de los hijos a la adolescencia y su influencia sobre el desarrollo y el ajuste del adolescente, por tanto el estilo parental como el afecto y la

comunicación requiere de ser apoyado, ya que los mismos padres se enfrentan ante esta etapa de desarrollo de la familia sin los elementos suficientes, en cuanto a información y apoyo que debiera brindar el equipo de salud, a favor del cuidado de la salud.

Por otra parte el programa mexicano de servicios de salud para adolescentes pretende movilizar familia y comunidad en todo el país para tener un papel activo en la protección de la salud de este grupo. Los programadores de salud creen que dos dimensiones familia y comunidad, pueden ayudar a fortalecer la resiliencia de los jóvenes para tener compromiso más efectivo con los retos del crecimiento (Santos-Preciado 2003).

Cuadro 13 Coeficiente de Correlación de cogniciones y efecto específico de la conducta de adolescentes atendidos en módulo de atención integral. GI

Rho de Spearman P* 0.05 bilateral. Significativa 0.01 bilateral Significativa	P**	Índice control de la salud percibida	Índice Beneficios Percibidos
	Coeficiente de correlacion	.194	.230
	n	25	25
Sexo	P*	.3	.2
	Coeficiente de correlacion	.629	.375
Indice Crecimiento	n	25	25
	P*	.001**	.06
	Coeficiente de correlacion	.749	.603
Indice Afecto	n	25	25
	p*	.000***	.001**
	Coeficiente de correlacion	.605	.525
Indice sistemas de Comunicacion familiar	n	25	25
	P*	.001**	.007**
	Coeficiente de correlacion	.785	.627
Indice Conductas Protectoras de salud	n	25	25
	P*	.000**	.001**
	Coeficiente de correlacion	1.000	.658
Indice Control de la salud Percibida	n	25	25
	p*	.1	.000**
	Coeficiente de correlacion	.658	1.000
Indice Beneficios percibidos	n	25	25
	P*	.000**	
	Coeficiente de correlacion	.704	.764
Indice Barreras percibidas	n	25	25
	p*	.000	.000***

El Cuadro 14. Muestra las correlaciones en el GNI de los sistemas de comunicación familiar con significancia estadística en crecimiento $p.01$, afecto $p.001$, conductas protectoras de salud $p.04$, beneficios percibidos $p.01$, barreras percibidas.

Las conductas protectoras correlacionan con significancia estadística en la comunicación familiar $p.04$, y barreras percibidas $p.04$. Los datos reflejan la importancia de los sistemas de comunicación familiar, insistiendo en la necesidad de estudiar e incluir a la familia en las acciones de educación para la salud.

Sin olvidar las interacciones que pueden generar como percepción beneficios o barreras que se correlacionan significativamente con las conductas protectoras de salud.

Cuadro 14 Coeficiente de Correlación de cogniciones y efecto específico de la conducta de adolescentes atendidos en módulo de atención integral. GNI

Rho de Spearman P* 0.05 bilateral. Significativa 0.01 bilateral Significativa	P**	Índice Sistemas de Comunicación Familiar	Índice Conductas protectoras
	Coeficiente de correlación	.118	.113
	n	25	25
SEXO	P*	.57	.58
	Coeficiente de correlación	501	062
	n	25	25
Índice Crecimiento	P*	.011*	.76
	Coeficiente de correlación	616	.105
	n	25	25
Índice Afecto	p*	.001**	.619
	Coeficiente de correlación	1.000	.405
	n	25	25
Índice Sistemas de Comunicación familiar	P*	.000	.044*
	Coeficiente de correlación	405	1.000
	n	25	25
Índice Conductas Protectoras de salud	P*	.044*	.000*
	Coeficiente de correlación	358	.181
	n	25	25
Índice Control de la salud Percibida	p*	.079	.38
	Coeficiente de correlación	.467	300
	n	25	25
Índice Beneficios percibidos	P*	.019*	.014
	Coeficiente de correlación	533	408
	n	25	25
Índice Barreras percibidas	P*	.006**	.043*

El Cuadro 15. Reporta las correlaciones de los sistemas de comunicación familiar en un gran número de índices en el GI, bien vale la pena comparar las diferencias con GNI cuyas correlaciones fueron mínimas. Así tenemos que los sistemas de comunicación familiar en el GI se correlaciona con el sexo p.01, crecimiento p .000, afecto p.000, conductas promotoras de salud p .000, control de la salud percibida p.001, beneficios percibidos p .007 y barreras percibidas p.01.

Las conductas promotoras de salud muestran correlación significativa con sexo p.04, crecimiento p.001, afecto p.000, sistemas de comunicación familiar p.000, control de la salud percibido p.000, beneficios percibidos p.001 y barreras percibidas p.001.

Entre el sexo, como una característica individual en el primer constructo del MPS, con los sistemas de comunicación familiar p .01 lo que sustenta la movilización de familias y comunidades en todo el país para tener un papel activo en la salud de este grupo.

En consecuencia el cambio de paradigma en la salud de los adolescentes debe orientarse hacia un enfoque de daños a la salud y un estilo de vida sanos con participación de la familia y comunidad.

Se concluye que el constructo cogniciones y efecto específico de la conducta es considerada de mayor significancia motivacional, y constituye el núcleo crítico de las intervenciones de enfermería, los resultados muestran que en el GI mejoraron los sistemas de comunicación familiar por tanto las conductas promotoras de salud.

Cuadro 15 Coeficiente de Correlación de cogniciones y efecto específico de la conducta de adolescentes atendidos en módulo de atención integral. GI

Rho de Spearman P* 0.05 Bilateral. Significativa 0.01 bilateral Significativa	P**	Índice Sistemas de Comunicación Familiar	Índice Conductas protectoras
	Coeficiente de correlación	465	.399
	n	25	25
Sexo	P*	.019*	.04*
	Coeficiente de correlación	.725	.612
Índice Crecimiento	n	25	25
	P*	.000**	.001**
	Coeficiente de correlación	.662	.744
Índice Afecto	n	25	25
	P*	.000**	.000**
	Coeficiente de correlación	.1000	.712
Índice Sistemas de Comunicación familiar	n	25	25
	P*	.000	.000**
	Coeficiente de correlación	.712	.1000
Índice Conductas Protectoras de salud	n	25	25
	P*	.000**	.1
	Coeficiente de correlación	.605	.785
Índice Control de la salud Percibida	n	25	25
	P*	.001**	.000**
	Coeficiente de correlación	.525	.627
Índice Beneficios percibidos	n	25	25
	P*	.007**	.001**
	Coeficiente de correlación	.491	.604
Índice Barreras percibidas	n	25	25
	P*	.01*	.001**

Los cuadros 16 y 17. Muestran los resultados de la prueba Kruskal-Wallis para responder la hipótesis nula “Las conductas promotoras de salud de los adolescentes no tienen cambios después de la capacitación a enfermeras en promoción de la salud de los adolescentes”. Alpha = .05

El resultado conductual esperado no se concretó a pesar de la capacitación del personal de enfermería que atiende a los adolescentes en cuanto a las conductas protectoras, sin embargo es importante resaltar las diferencias en cuanto a la correlación de conductas protectoras con los índices de beneficios percibidos y barreras percibidas en el GI, ambos índices tuvieron correlación, no así en el GNI donde la correlación solo se dio en conductas protectoras y barreras percibidas, lo anterior reafirma la necesidad de fortalecer los beneficios percibidos y disminuir las barreras, ya que cuando existe esta última en la percepción de los adolescentes el resultado conductual no es de compromiso y menos para conformar un hábito para la prevención de infecciones de transmisión sexual, para planificar su concepción por tanto para acudir a una atención integral y oportuna antes de estar en riesgo o padecer una enfermedad.

Cuadro 16. Prueba de Kruskal-Wallis para responder a la hipótesis nula.

Sexo GI	n	Rango promedio
Índice conductas protectoras de salud		
Hombre	16	10.88
Mujer	9	16.78
Total	25	

Cuadro 17. Estadístico de contraste

	Índice conductas protectoras de salud
Chi-cuadrado	3.824
gl	1
Sig.asintót.	.051

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación. SEXO GI

CONCLUSIONES

El presente estudio se acerca a los supuestos del modelo teórico de promoción de salud que propone Nola Pender, al esperar como resultado de las interacciones de las características personales, con las cogniciones y efecto específico de la conducta, un resultado conductual promotor de salud.

Se concluye que a pesar de que la promoción de la salud puede ser interpretada como un nuevo camino, una estrategia o una filosofía para alcanzar la salud de los pueblos, es un enfoque cualitativamente superior al tradicional de la salud pública, requiere formalizarse como un acto educativo, en espacios dedicados para tal efecto y llevados a cabo por personal profesional de enfermería, ya que se requiere de competencias profesionales para impactar en los factores cognitivos perceptuales, con un gran manejo motivacional para los adolescentes que se encuentra con características situacionales, personales e interpersonales, y el trabajo de enfermería con la familia, que impactan en su participación para el cuidado de la salud como lo mencionan las cifras del IMSS en los adolescentes.

La promoción de la salud requiere el involucramiento de gobierno, sociedad y naturalmente de las personas en la construcción social de la salud. Lo más importante es cambiar el enfoque de promoción de la salud por el de educación para la salud ya que no solo se requiere buena voluntad, sino una praxis con fundamentos teórico-metodológicos sólidos en el acto de educar para la salud.

Es necesario el fortalecimiento de sistemas que evalúen el impacto de las acciones de educación para la salud, en la mejora o mantenimiento de la calidad de vida, en la disminución de muertes entre otros. Se puede decir que en la actualidad la visión que más peso tiene es aquella que entiende la promoción de la salud como un referente general y estrategia para las políticas de salud y estrategia de atención sanitaria.

Es menester repensar la promoción de salud como una estrategia que vincula a la gente con sus entornos y sus interacciones, se debe realizar con vistas a crear un futuro saludable que combina la elección personal con la responsabilidad social.

Finalmente el grupo de población adolescente continua siendo vulnerable a pesar de los múltiples programas creados en el país para su atención en todos los ámbitos institucionales, se requiere entonces un trabajo bien pensado de la enfermería de familia, teniendo en cuenta la importancia del rol familiar para la salud de los adolescentes, el fortalecimiento de los beneficios percibidos, la identificación

y eliminación de las barreras en la interacción en la unidad de salud, donde se incluye el personal de salud, para disminuir o erradicar las creencias de que una actividad o conducta para cuidar su salud es difícil o inalcanzable, el trabajo con el equipo multidisciplinario de salud pudiera ofrecer mayores impactos positivos a favor del cuidado de la salud, afortunadamente en las diferentes disciplinas del área de la salud en su formación, se está volteando la mirada a las intervenciones para el cuidado de la salud y no solo del cuidado de la enfermedad o riesgo.

Esta es una oportunidad para enfermería que debe ser aprovechada, como lo cita Cárdenas Becerril (2005) porque además de conocer su objeto de estudio que guíe su práctica, es necesario contar con bases teóricas que les permitan desarrollar su práctica profesional. En nuestro país la aplicación de modelos es reciente, incluida en los planes educativos en la década de los noventa, sin ser utilizada en la práctica real, por la complejidad de su manejo, el grado de abstracción y aplicación a los pacientes, aunado a ello los modelos no son elaborados para la cultura mexicana.

Por tanto la aplicación de una teoría de enfermería a adolescentes mexicanos permite reconocer las dificultades en la aplicación y sugerir las modificaciones para mejorar el impacto en los diferentes grupos poblacionales.

LITERATURA CITADA

- Anderson, P. A. 1985. Nonverbal Inmediacy in interpersonal communication. En Siegman, A.W., y Feldtein. S. Multichanel.
- Baró, E. G. 1999. Toxicología y adolescencia. En E.G. Baró, toxicología y adolescencia 7-29. La Habana, Cuba: Clínica del adolescente.
- Barrera, C. P. 2006. Conducta sexual protegida en adolescentes. *Revista Interamericana de psicología/Interamericana. Journal of Psychology*: 333-340.
- Barros, B. B. 2005. Modelo de consejería orientada a los jóvenes, OMS/OPS.
- Beltrán, M. y .Del Río De La Paz. 2004. Influencia de lo social en la promoción de la salud individual. *Medicentro 8:4 Santa Clara, Villa Clara*.
- Cárdenas, B. L. 2009. Cuidado Profesional de Enfermería. Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería, A.C.
- Caro, C. V. 2007. Modelo de Promoción de la salud de Nola Pender.
- Catacora, L. F. 2007. Conocimientos sobre VIH/SIDA y prácticas sexuales en escolares en Tacaná, Perú .*Med Exp. Salud Pública*: 24.
- Cerqueira, M. 2003. La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas. 2005: OPS /OMS.
- Collado, G. A. 2006. Detección de patrones interactivos en la comunicación de familias, *Psicothema* ISSN 0214- 9915: 785-790.
- CONAPO. 2004. Tipos y grupos parentales de adolescentes.
- CONAPO. 2002. Situación actual de los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico.
- CONAPO. 2004. *Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo 1994-2003*. México.
- Consejo Nacional de Población. Programa nacional de población 2001-2006. México, D.F.: IPAS: 2002.
- Cortés, P. 2004. Embarazo en la adolescencia: No una opción, sino una falta de opciones. *Rev Sexo y sociedad*. Cuba: 4-10.
- Cortés, A. 2007. Características sociodemográficas y del comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2007; 23-1.
- Dirección General de Salud Reproductiva. 1999. La salud sexual y reproductiva de los adolescentes. México, D. F: SSA- DGSR.

Domínguez, G. S. 2007. Consejería en salud sexual y reproductiva para adolescentes. Rev Obst Enf.

Encuesta Nacional de Juventud. 2000. Resultados generales. México, D.F.: Secretaría de Educación Pública. Instituto Mexicano de la Juventud 2002.

Fernández, C. 2008. El IMSS en Cifras. *La salud de los adolescentes*. Rev Med Instituto Mexicano del Seguro Social: 91-100.

Fuentes, J. L. 2008. Consejería en salud sexual y reproductiva dirigida a jóvenes. Cuad. Med. Soc. Chile.

Gallegos, M. V. 2008. *Intervención para reducir riesgos en conductas sexuales de adolescentes, un ensayo aleatorizado y controlado*. Rev. Salud Pública de México. Vol 50.no.1.

García, C. O. 2005. Promoción de la salud, y atención de la enfermedad, atención primaria a la salud y plan de atención básica.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. IX censo general de población y vivienda 1978. Resumen general, México D.F: INEGI. 19252.

Kellogg, F. W. 1996. *Familia y adolescencia indicadores de salud del adolescente*. Washington. D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.

Leal, F. I. 2008. Consejería en salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes Cuad. Med. Soc. Chile: 134-139.

León, J. F. 2000. Estadísticas de adolescentes en México: Unidad de investigación epidemiológica y en servicios de salud al adolescente (UESIA-IMSS).

León, J. F. 2002. *Estadísticas de Adolescentes en México*. México: Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud al Adolescente (UESIA-IMSS).

López, U. A. 2008. Infecciones por transmisión en un grupo de embarazadas, Rev Fac Med UNAM vol 51 No.4.

Lugones, B. M. 2006. Intervención educativa en adolescentes atendidas en consulta de ginecología infanto-juvenil. Revista de epidemiológica Habana, Cuba.

Mayen, B. 2005. Avances y retos en la atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes mexicanos. Afuentes S.C.

México, C. C. UNICEF 2005. *Los derechos de la niñez y la adolescencia: Vigía*.

Molina, J. R. 2003. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia, Santiago Mediterráneo: 102-120.

Novoa, M. 2006. Correlación de lo biológico y lo social en la medicina. Actualidad del problema en: Lecturas de filosofía, salud y sociedad. La Habana: Ciencias Médica: 304-9.

Oliva, A. 2006. Relaciones familiares y desarrollo adolescentes en Anuario de Psicología vol.37.nº3,2009-223, 2006 Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

OMSS, 2000. Quinta conferencia mundial de promoción de la salud. Hacia una mayor equidad. México: OPS.

OMSS. 2000. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la salud. Hacia una mejor equidad. México. OPS.

OPS, Conferencia Internacional de Yakarta sobre promoción de la salud: Nuevos actores.

Pardo, T. M. 2007. La comprensión de la salud: punto de partida del enfoque sanológico en la promoción de la salud de la mujer adulta joven. Rev av. enfermería., XXV (2):36-49.

Pender, N. J. 1994. Teoría de promoción de la salud en. Teorías y Modelos de Enfermería.

Pérez, B. C. 2006. Adaptación y ensayo de un cuestionario de calidad de vida relativa a la salud de los adolescentes .Revista de Epidemiología. La Habana Cuba.

Pérez, R. I. 2005. Identificación de comportamientos de riesgo para enfrentar la promoción de estilos de vida saludable. Medicentro: 9.

Piñón, V. T. 2001. Impacto de la Promoción y la educación para la salud en los logros de la salud publica cubana .Rev Cubana Med .Gen Integr: 91-9.

Porras, C. M. 2006. *El adolescente integrado a un nuevo modelo de atención primaria*. Facultad de Medicina UACH: Diplomado en Salud Pública y Salud familiar.

Preciado, S. J. 2008. La transición epidemiológica de los adolescentes en México. Revista de Salud pública, S : 140-S152.

Raiza, M. L. 2008. La adolescencia y su importancia para la vida. Med Pub.

Raysa, M. 2008. La adolescencia y su importancia para la vida. Med Pub Journals.

Rodríguez, H. 2006. Intervención educativa en adolescentes atendidas en consulta de ginecología infanto-juvenil. Revista de epidemiología. La Habana Cuba.

Rodríguez, J. A. 1999. La familia y el adolescente. Revista del Hospital General de México. S.S: 191-197.

Rusel, L. 1992. La familia en la Europa Occidental: convergencias y divergencias. *Infancia y sociedad*, 16 (1): 103-210.

Sanabria, R. G. 2007. El debate en torno a la promoción de la salud y la educación para la salud. *Rev. Cubana de Salud Pública* vol. 33no. 2 (ISSN 0864-3466) La Habana, Cuba.

Sánchez, D. L. 2002. Percepción de la función de sus familias por adolescentes de la enseñanza media superior. *Revista IMSS*.

Sánchez, L. D. 2002. Percepción de la función de sus familias por adolescentes de enseñanza media superior. *Revista Médica del IMSS*.

Santos, P. 2003. La transición epidemiológica de los adolescentes en México. *Revista de Salud Pública*: 140-S152.

Santos, P. 2003. La salud del adolescente cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud a un estilo de vida sana. *Rev Salud Pública*. México. Vol 45.

Villafuerte, M. E. 1999. Aspectos teórico conceptuales en enfermería .XII reunión Tecnicocientífica de la Federación de Escuelas y Facultades de Enfermería A.C. Toluca. Edo. De México: *Rev Enf IMSS*: 171-75

Villarruel, G. M. 2008. Intervención para reducir riesgos en conductas sexuales en adolescentes. *Rev Salud Pública*, México. No. 1.

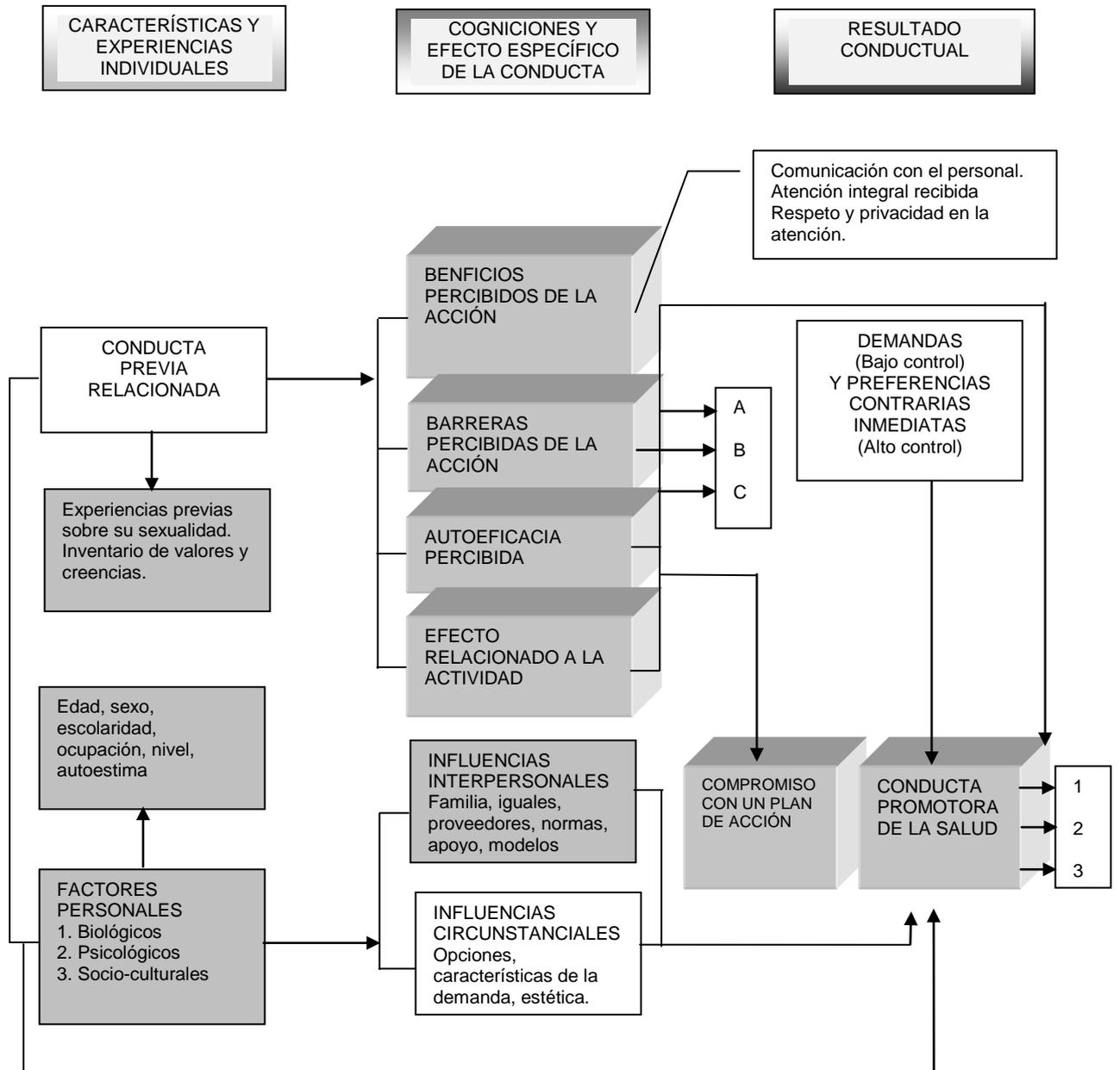
Villaseñor, S. 2006. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre VIH/ SIDA: 2006.

Apéndice

Apéndice 1

Adaptación del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender para generar Conductas Protectoras de salud en adolescentes.

Graciela López Orozco
2009



A.- En el servicio.
B.- En su interacción con personal de salud.
C.- En su entorno (sexo, género y familia)

1.- Para la prevención de infecciones de transmisión sexual.
2.- Atención integral oportuna.
3.- Anticoncepción

Apéndice 2

APLICACIÓN DE DATOS EMPÍRICOS DEL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD NOLA PENDER

El modelo de Pender constituye un claro ejemplo de modelo integrador de los factores biológicos personales y sociales, que determinan el comportamiento de los individuos, comparte con los modelos y teorías que integran que integra la identificación de los agentes socializadores, los factores contextuales y el papel activo de la persona en su propio proceso de cambio, apoyado con la teoría educativa de Bandura, y la acción razonada de Frishbein.

Conceptos principales:

CARACTERÍSTICAS Y EXPERIENCIAS INDIVIDUALES: dada la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno, los factores personales generan influencia durante el proceso de socialización del adolescente, donde las normas sociales, familia, escuela y trabajo son clave.

CONDUCTA PREVIA RELACIONADA: que tiene que ver con las experiencias previas que marcan las experiencias en el futuro, incluye inventario de valores, creencias, experiencia sexual.

FACTORES PERSONALES: biológicos como la edad, sexo, fuerza y equilibrio; psicológicos como la autoestima, automotivación, competencia personal, estado de salud percibido y deficiencias en salud; sociales como formación y nivel socioeconómico, influencias interpersonales con la familia, iguales, personal de salud.

COGNICIONES Y EFECTO ESPECÍFICO DE LA CONDUCTA: factores cognitivo perceptuales que son modificables por el personal de enfermería, dada las características situacionales, personales e interpersonales lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción. Resaltan los mecanismos motivacionales como factores cognitivo perceptuales primarios de la actividad relacionada con la promoción de la salud.

IMPORTANCIA DE LA SALUD: mecanismo motivacional en que los individuos conceden gran importancia a su salud por tanto; es más probable que traten de conservarla.

CONTROL DE LA SALUD PERCIBIDO: elemento cognitivo perceptual, donde la percepción que el individuo tiene de su propia capacidad para modificar la salud, puede modificar el deseo de salud.

AUTOEFICACIA PERCIBIDA: la convicción por parte del individuo de que una conducta es posible, puede influir en dicha conducta.

ESTADO DE SALUD PERCIBIDO: el encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que inicien conductas promotoras de salud.

BENEFICIOS PERCIBIDOS DE LAS CONDUCTAS: los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de salud cuando consideran que los beneficios son altos.

BARRERAS PERCIBIDAS PARA LAS CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD: la creencia del individuo de que una actividad o conducta es difícil o inviable puede influir en su intención de llevarla a cabo.

RESULTADO CONDUCTUAL: apoyado en los supuestos de que las personas buscan crear condiciones de vida, mediante la expresión de su potencial de salud, tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, valoran el crecimiento en la dimensión observada como positiva, buscan regular de forma activa su propia conducta, interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial.

COMPROMISO CON UN PLAN DE ACCIÓN: la motivación para lograr que el adolescente se comprometa con un plan para mejorar su salud es una variable modificable mediante las intervenciones de enfermería.

CONDUCTA PROMOTORA DE SALUD: resultado de la acción dirigida a las respuestas de salud positiva como el cumplimiento con la vida productiva.



Apéndice 3

Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en ciencias de Enfermería

**PROGRAMA DE CAPACITACIÓN: PROMOCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA
PARA GENERAR CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD EN
ADOLESCENTES USUARIOS DE LOS MAPI UMF 61**

FECHA: 12 al 16 octubre del 2009

LUGAR: Unidad de Medicina Familiar no. 61
Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Veracruz Norte

RESPONSABLE

LE. GRACIELA LOPEZ OROZCO

1. JUSTIFICACIÓN

El conjunto de manifestaciones del ser humano cuya interacción permite el desarrollo de sus potencialidades en las dimensiones reproductiva, relacional, erótica y de género, las cuales se construyen de manera interdependiente de acuerdo al lugar y al momento histórico en que las personas se desarrollan es el concepto de sexualidad de la Sociedad Mexicana de Sexología Humanística Integral (SOMESHI, 2002).

El concepto sexualidad apareció en 1800. A través de la historia, la sexualidad ha pasado por diferentes períodos, de la libertad sexual existente hasta el siglo XV se pasó a un aumento progresivo de las prohibiciones y castigos, llegando en el XIX a que la sexualidad solo era permitida dentro del matrimonio y con fines puramente reproductivos. (OPS, 2002).

En los últimos 150 años, ocurrieron dos cambios históricos mayores: la legitimación de la relación sexual pasando del objetivo de la reproducción al consentimiento y el placer, y la declinación de la religión como árbitro de la sexualidad, con sus consecuencias en la salud. La sexualidad tiene su origen en cuatro potencialidades humanas: la reproductividad, el género, la vinculación afectiva interpersonal y el erotismo. Estos conceptos se manifiestan en todos los niveles del ser humano y pone por ejemplo a la vinculación afectiva humana, en donde se han descubierto ciertos procesos neuroquímicos, además de estar claramente presentes en los niveles social y psicológico. El Modelo de la Sexualidad propuesto por el doctor Eusebio Rubio durante el 13º. Congreso Mundial de Sexología en Valencia, España expresa que la sexualidad, como el género, es construido socialmente, lo que la gente quiere y lo que hace en cualquier sociedad, es en gran medida, lo que les es permitido querer y hacer. La sexualidad no escapa a la cultura. Sociedad Mexicana de Sexología Humanística Integral (SOMESHI, 2002).

El concepto salud sexual ha dado legitimidad y respetabilidad al cuidado de una parte de nuestro ser que antes no se tomaba en cuenta; lo que se ha ganado en este terreno, como los programas de salud, la difusión de los derechos sexuales y la promoción de su ejercicio, entre otras acciones, es el resultado del trabajo de mucha gente.

La sexualidad es una dimensión fundamental del desarrollo humano, que comienza y termina con la vida, es parte constitutiva de la persona, es una forma de relación y de comunicación, es un fenómeno plural y diverso, implica relaciones de poder y autoridad,

construcción de la identidad sexual, ejercicio de derechos y toma de decisiones, uno de sus aspectos más relevantes es la salud sexual y salud reproductiva. (Mazarrasa, 2006).

Los caracteres sexuales primarios y secundarios en los seres humanos se definen genéticamente, permitiendo la diferenciación sexual como hombres y mujeres; con base en estas características biológicas, desde la primera infancia se van incorporando las formas de comportamiento cultural y socialmente atribuidas como propias del ser mujer o ser hombre. Así la sexualidad constituye un eje integrador de la personalidad, pues de la manera en que una persona se asuma como hombre o mujer establecerá los códigos de comunicación y los parámetros de relación con las demás personas. (Pozueta, 2005).

La sexualidad es parte fundamental de la salud sexual y reproductiva e involucra sensaciones, emociones, sentimientos y el mundo subjetivo desde las cuales se toman decisiones y condicionan los comportamientos; es por ello que el desarrollo de capacidades en las personas para asumir su vida sexual y reproductiva de manera saludable y responsable es de suma relevancia para el desarrollo integral de los seres humanos, siendo preponderante en la niñez y adolescencia, ya que son etapas de la vida en las cuales se interiorizan hábitos, valores, prácticas y se consolida la personalidad, por lo cual es importante el desarrollo y fortalecimiento de capacidades, habilidades y destrezas que conduzcan a las/los niña/os y adolescentes a estilos de vida saludables. (Báez, 2005).

En México la morbi-mortalidad asociada a la salud sexual y reproductiva en la población adolescente tiene cifras muy significativas los adolescentes merecen una atención especial por diversas razones; son un blanco importante de los programas preventivos porque no acuden de manera regular a las unidades médicas y limitan el contacto con las instituciones de salud, aunque su perfil de salud se distingue del resto de la población por estar con frecuencia en condiciones de riesgo relacionados con su proceso de maduración, donde experimenta cambios físicos, psicológicos y fisiológicos y factores sociales que influyen en su salud de manera determinante, esta etapa resulta determinante para forjar estilos de vida y disminuir conductas de riesgo. (González, 2005).

Si bien resulta fundamental que los jóvenes accedan a información y servicios de salud reproductiva, esto por sí solo no necesariamente se traducirá en que los jóvenes adopten conductas sexuales más seguras. Al igual que los adultos, los jóvenes necesitan una motivación para tomar decisiones saludables sobre su

conducta sexual; la adopción de actitudes y conductas sexuales saludables no pueden ocurrir en el vacío. De hecho, se está volviendo cada vez más claro que la salud sexual y reproductiva de los adolescentes se encuentra estrechamente relacionada con oportunidades educacionales y económicas.

El matrimonio precoz, el embarazo adolescente, el aborto y las ITS a menudo restringen la capacidad de los adolescentes especialmente de las de sexo femenino para obtener educación y adquirir habilidades que puedan ayudarles a desarrollar opciones para ganarse la vida. Los programas que relacionan la salud sexual y reproductiva de los adolescentes con un desarrollo de los jóvenes más amplio pueden tener un enfoque más integral de las preocupaciones de los jóvenes. Los programas de educación de habilidades para la vida pueden ser un gran aporte para ayudar a los jóvenes a desarrollar las habilidades, autoestima y motivación necesarias para posponer o "hacer una pausa" en su actividad sexual. Se identifica la necesidad de desarrollar programas de educación sexual que faciliten la comunicación asertiva con la pareja sexual y que proporcionen información objetiva que desmitifique creencias, mediante el conocimiento detallado y práctico sobre sexualidad, embarazo y uso de anticonceptivos. (Becerra, C. P. 2006).

En 1994, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) hizo un llamado a las organizaciones a iniciar o fortalecer sus programas para satisfacer mejor las necesidades de salud reproductiva de los adolescentes ([ICPD, 1994](#); [Alcalá, 1995](#)). Cinco años después, se ha reconocido la importancia de la salud de los adolescentes, y se han creado numerosos programas para abordar sus necesidades de salud reproductiva. No obstante, aún queda mucho por hacer para asegurar la entrega de información y servicios adecuados a los jóvenes del mundo.

Lo más importante es que los jóvenes tienen el derecho humano básico a recibir la información y los servicios necesarios para prevenir las ITS, el embarazo precoz y los riesgos asociados a éste. Dirigir la información y servicios de salud a los adolescentes puede ser el punto de partida para promover conductas saludables. UNICEF (2005) México busca ofrecer un amplio panorama tanto de los avances registrados como de los desafíos pendientes en materia de respeto y cumplimiento de los derechos de la infancia en México, con base en los compromisos internacionales adquiridos por el país. Las estrategias clave para llegar y atender a los jóvenes incluyen el desarrollo de servicios amigables hacia ellos, lograr su participación en el

diseño de programas, su implementación y evaluación, capacitar a proveedores para atender las necesidades e inquietudes especiales de los adolescentes, fomentar los esfuerzos de sensibilización en la comunidad para apoyar el desarrollo de los jóvenes y promover conductas de salud adolescente positivas, implementar programas que entreguen información completa y precisa sobre salud sexual, incorporar a los programas juveniles ejercicios para desarrollar habilidades, a fin de ayudar a los jóvenes a mejorar su autoestima, a desarrollar sus habilidades de comunicación sobre sexualidad y a fortalecer su capacidad de negociar prácticas sexuales más seguras.

En el campo de la salud se ha trabajado fundamentalmente sobre cómo enfrentar la enfermedad, mas ocasionalmente en cómo prevenirla y poco en el cuidado de la salud, lo cual se pretende cambiar con la Promoción de la salud.

En este sentido se resalta el compromiso del personal de enfermería como integrante del equipo de salud en las unidades de medicina familiar del IMSS quienes otorgan el componente de promoción de la salud, por tanto este programa educativo pretende fortalecer sus competencias en la promoción de la salud a través de resolución de problemas de salud del adolescente en acuerdo con el equipo multidisciplinario de una unidad de primer nivel de atención.

2. El marco político nacional en salud sexual y reproductiva

En el México las políticas nacionales con respecto a la salud sexual y reproductiva y por ende a los derechos sexuales y derechos reproductivos, tienen como fundamento un conjunto de normas e instrumentos nacionales e internacionales, entre los cuales se encuentran:

- Ley General de Salud
- Ley General de Educación
- Plan Nacional de Desarrollo
- Los lineamientos de Política de Promoción de la salud
- Los lineamientos de Política de Salud para las y los adolescentes
- Código del Niño y el Adolescente
- Declaración Universal de los Derechos Humanos
- Convención Internacional de los Derechos del Niño
- El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, (Cairo1994), y las recomendaciones de la Conferencia de la Mujer, (Beijing en 1995).

- La Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena (1993).
- La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer
- Constitución Política estados Unidos Mexicanos

De esta forma la Promoción de la Salud aprobados por el Consejo Nacional de Salud determinan como una estrategia para promocionar la salud la comunicación y educación para la salud, así se señala que esta estrategia es importante para *“...construir procesos eficaces para el desarrollo de comportamientos saludables, y que estos sean incorporados en sus prácticas cotidianas.”* Es en esta perspectiva que desde el año 2003 se establece el programa Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas y la estrategia sanitaria de salud sexual y reproductiva.

3.-Objetivo general

Desarrollar y fortalecer en las enfermeras de MAPI capacidades y competencias en el campo de la sexualidad humana que promuevan una cultura de la salud, con énfasis los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, la equidad de género y la interculturalidad mediante la toma de decisiones asertivas, informadas, responsables y coherentes con el proyecto de vida de los adolescentes.

3.1. Objetivos específicos

- Fortalecer y desarrollar en las enfermeras de MAPI como profesionales de salud competencias para desarrollar el eje temático de salud sexual y reproductiva a través del programa de Promoción de la Salud en cada contacto con el adolescente.
- Favorecer el desarrollo de una atención integral en el plano de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
- Otorgar atención oportuna de calidad suficientemente informada que genere conductas protectoras en los usuarios.

4.- Componentes

Capacitación:

La capacitación implica un proceso que procura la satisfacción de las necesidades de aprendizaje referidas a la salud sexual y reproductiva a través del Programa de Promoción de la Salud en los MAPI proceso, sistemático, intencionado que se ha

planificado para actuar sobre los niveles de información, las actitudes y conductas de las/os adolescentes tomando en cuenta a la persona, familia y relaciones humanas, Fomentando las habilidades, estilos de vida saludables, desarrollando capacidades individuales y actitudes responsables.

Las metodologías aplicadas se basarán en talleres de equipos multidisciplinarios de salud incluyendo enfermeras, médicos, trabajadoras sociales con la metodología de aprendizaje basado en problemas.

La capacitación tendrá la modalidad participativa, que se explicará en el apartado correspondiente.

Elaboración de material de comunicación.

Se propone la búsqueda de material propuesto por la institución para llevar a cabo la promoción de la salud en MAPI a este grupo de edad (folletos, rotafolios, videos, etc.) elaborados para las actividades de promoción de la salud del adolescente.

5.- Agenda de temas

Día 1

- Encuadre
- Inauguración del curso por autoridades.
- Rompimiento del hielo
- Presentación
- Dinámica del curso taller
- Expectativas
- Determinación de roles

Presentación de problemas, entrega por escrito por equipos formados.

Equipo 1

Caso problema 1.

El desarrollo científico social, económico y cultural que se ha logrado en nuestro país, nos conduce a destacar la importancia que ha adquirido en el mismo la participación de la población como protagonista de su propio desarrollo en el ámbito comunitario.

La comunidad está conformada por un conjunto de personas que se integran a ella en su condición de sujetos y personalidad, como miembros de una familia determinada y, desde esta posición impulsan su participación y aporte a la vida comunitaria; todo ello favorece el desarrollo de la sociedad, el cual se concreta en su modo de vida, y constituye un elemento importante que debe tenerse en cuenta en los estudios que acerca de la comunidad se realizan.

Es en ella donde se expresa directamente este modo de vida, cuya manifestación a nivel individual se ha denominado por varios autores “estilo de vida”; y este es considerado uno de los indicadores más importantes del nivel de desarrollo comunitario, que guarda además una estrecha relación con el proceso salud-enfermedad, el estilo de vida de la familia en la comunidad se convierte en un aspecto importante, que debe tener en cuenta la enfermera de la familia en su labor social en el área de salud que atiende, porque muchos comportamientos de riesgo se basan en procedimientos individuales y familiares que amenazan la salud la estrecha relación que se establece entre los componentes socioculturales en el origen de muchos comportamientos y estilos de vida que ponen en riesgo la salud, por lo que se hace necesario proyectar y ejecutar estrategias de intervención variadas que posibiliten el pleno bienestar físico, psíquico y social del individuo. El médico y la enfermera de la familia están llamados a transformar las concepciones y la práctica de la atención médica, como elemento clave en la promoción y prevención de la salud.

Muchos han sido los logros obtenidos con este revolucionario programa del Médico y la Enfermera de la Familia; sin embargo, aún subsisten dificultades, porque durante muchos años el desarrollo de la medicina se caracterizó por la recepción y aplicación de enfoques procedentes de las ciencias naturales, lo que trajo como consecuencia que en la formación de los propios médicos y enfermeras se hiciera un énfasis unilateral en la dimensión orgánica y biológica del hombre; por ello, muchas

veces se consideró que la única forma estrictamente científica de abordar los problemas médicos es el de estas ciencias, sin tener en cuenta los factores socioculturales que influyen también en el proceso salud-enfermedad. Es necesario continuar profundizando en los comportamientos, hábitos, costumbres y valores nocivos que ponen en peligro la salud del individuo.

Considere las siguientes interrogantes:

¿Cómo puede contribuir la enfermera y médico de la familia al desarrollo de estilos de vida saludables en adolescentes y adultos jóvenes?

¿Desde su perspectiva profesional como puede contribuir en el desarrollo de estilos de vida saludable en los adolescentes?

Temas para búsqueda de información:

- Sexualidad, persona, cultura y sociedad.
- Influencia de la biología en cada individuo, y de la cultura de cada sociedad en la definición de identidad y el comportamiento sexual de mujeres y hombres.
- Aspectos biológicos y psicológicos de la sexualidad humana y su relación con los estereotipos sexuales, de hombres y mujeres.

Fuentes sugeridas.

a).- <http://www.alapsa.org/detalle/05/5.HTM> La promoción de estilos de vida saludable.

b). <http://www2.uacj.mx/universidadsaludable/memorias/documentos/PDF%20Resumenes/taller%20en%20la%20promocion%20de%20un%20estilo%20de%20vida%20saludable%20en%20la%20adolescencia.pdf> Taller sobre estilos de vida saludable.

c). <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro30/ii/index.htm> Un plan de salud para el estilo de vida adolescente.

d). http://www.censia.salud.gob.mx/descargas/adolescencia/2010/Promocion_de_Estilos_de_Vida_Saludables.pdf Promoción de estilos de vida adolescente.

e).- <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/304/30401105.pdf> Adolescencia estilos de vida y promoción.

Equipo 2

Caso problema 2

Salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

En América Latina y el Caribe la población comprendida entre los 10 y los 24 años está teniendo relaciones sexuales, a menudo, sin protección, lo cual los coloca en riesgo de embarazos no deseados, abortos e infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH.

Las investigaciones revelan que el embarazo adolescente sigue siendo frecuente en América Latina, y que en el Caribe la epidemia del VIH/SIDA es alarmante entre los más jóvenes.

Los estudios han demostrado que la edad de la primera relación sexual es significativamente más baja para los varones que entre las mujeres. Los adolescentes (10-19 años) y jóvenes (20-24 años) de hoy en día constituyen la futura generación de padres, trabajadores y líderes, por lo que se les debe brindar todo tipo de apoyo, en particular por parte de la familia, la comunidad y el gobierno comprometido con su desarrollo.

A medida que la modernización económica, la urbanización y los medios de comunicación cambian las expectativas, el comportamiento de los adolescentes y jóvenes se adapta a nuevas formas de vida, lo que pudiera resultar inconveniente, doloroso, inevitable e ineludible. Se hace necesario, por tanto, que los adolescentes y jóvenes tomen conciencia del peligro inminente que estas son desprotegidas, pues pudieran terminar en riesgosos abortos, en contraer una ITS incluyendo el VIH/SID y embarazos no deseados, con la consiguiente afectación a la madre o al producto de la concepción, por la inmadurez de los órganos reproductores femeninos (Cordoví Fiffe YM.)

En la actualidad existe una tendencia a las regulaciones menstruales, de las cuales el 60 % corresponden a abortos inducidos, por los conocimientos insuficientes o erróneos y la falta de orientación sexual. De manera general, es evidente que el grado de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva que poseen las adolescentes es deficiente, pues a pesar de poseer alguna información respecto al embarazo en la adolescencia y sus consecuencias negativas para la vida de la joven, este nivel no se corresponde con el comportamiento asumido y la actitud adoptada para evitar el embarazo o planificar su familia.

Los jóvenes son particularmente vulnerables. Cada año se producen más de 100 millones de ITS curables, y una parte importante de los 4,1 millones de casos nuevos de infección por VIH se da entre jóvenes de 15 a 24 años de edad. Los embarazos precoces, los abortos en condiciones de riesgo, las ITS, incluida la infección por VIH, así como la coacción y violencia sexuales, son algunos de los problemas de salud sexual y reproductiva que afectan a los adolescentes con una vida sexual activa.

Identificar algunos aspectos de salud sexual y reproductiva en esta población vulnerable y expuesta a estos riesgos.

¿Cuáles son los aspectos de salud sexual y reproductiva identificados en los adolescentes mexicanos que los hacen vulnerables y los exponen a riesgos, y cuáles serían sus propuestas de autocuidado?

Temas para búsqueda de información:

- Desarrollo sexual en niñez y adolescencia.
- Derecho a la información sobre salud sexual y reproductiva
- Anticoncepción, ITS, VIH/SIDA.

Fuentes sugeridas:

a).- <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf> Salud sexual y reproductiva del adolescente.

b).- <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf> La salud sexual del adolescente un derecho a conquistar.

c).- <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/AGENDA23.pdf> Adolescentes y la salud sexual.

e).- Avances y retos en la atención a la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes mexicanos. Elaboración Beatriz Mayén y Gabriela Rodríguez. AFLUENTES S.C. Marzo 2005.

Equipo 3

Caso problema 3

Calidad de vida

Desde mediados de los años 80 del siglo XX la Promoción de la Salud (PS) ha sido ampliamente reconocida como corriente innovadora en el campo de la salud y referente internacional. Tanto así que, pese a las diferentes orientaciones teóricas que se han propuesto y las diversas modalidades que ha adquirido su concreción práctica, hoy en día nadie discute acerca de la importancia que la PS tiene para la labor sanitaria, si bien se admite la necesidad de adelantar procesos sistemáticos que permitan una evaluación seria de sus resultados .

Este reconocimiento se evidencia en la sucesión de Conferencias Internacionales que, desde 1986, han brindado las orientaciones generales en el campo de la PS y han servido como referentes fundamentales para erigir a la Promoción como un derrotero a seguir. De hecho, las grandes organizaciones sanitarias internacionales, así como una gran cantidad de países, han creado estructuras institucionales para el desarrollo de la PS y han reorganizado su propia labor incorporando los lineamientos emanados de dichas Conferencias Internacionales así como los avances en la investigación y en la puesta en práctica de experiencias específicas en promoción.

Sin embargo, el gran despliegue que ha tenido y el arduo trabajo teórico y operativo que se ha desarrollado a su alrededor no ha eximido a la PS de cierta ambigüedad en el abordaje y de la presencia de algunos equívocos frente a su misma definición y puesta en marcha en especial, resalta la confusión que, por momentos, se ha tenido entre la promoción de la salud y la acción preventiva, lo cual ha llevado a menospreciar la importancia de la PS o a refrenar sus potencialidades. Igualmente,

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables, sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por su evaluación sistemática y científica, es relativamente reciente. En el siglo XXI, el término calidad de vida no solo teñirá las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión optando por una vida de mayor calidad, sino también los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejora de sus procedimientos.

La calidad de vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que experimenta y por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Tiene que ver con la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien". Es la expresión de un completo bienestar relacionado con diferentes aspectos que acompañan la vida: cultura, recreación, salud educación, derechos, valores, creencias, aspiraciones, ambiente, etc.

La operativización del concepto de salud para niños/as y adolescentes difiere en algunos aspectos del concepto de salud para adultos/as, en el sentido de que, como afirma Starfield "la medición de la salud en los niños tiene que tener en cuenta la habilidad de participar plenamente en funciones y actividades físicas, sociales y psicosociales apropiadas para cada edad".

Existen escasos conocimientos sobre lo que constituye el funcionamiento apropiado a cada edad y sobre la precisión de la información obtenida a partir de los propios niños/as y adolescentes. Abundantes estudios epidemiológicos demuestran que las enfermedades no transmisibles (ENT) del adulto están asociadas con conductas riesgosas como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, hábitos alimentarios inadecuados, el sedentarismo, la hipertensión arterial (HTA) y otros que aparecen en edades tempranas de la vida y que tienen una importancia decisiva en la génesis de la morbi mortalidad del adulto y del anciano.

La adolescencia es una etapa muy importante en la vida, ocurre entre la niñez y la edad adulta, se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose 2 fases, la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años".

En el estudio conductual de los adolescentes existen diferentes factores que se despliegan en 3 dimensiones: individual, familiar y económico-social y ambiental.

¿Cómo mejorar la calidad de vida de los adolescentes?

¿Qué intervenciones proponen en los MAPI para mejorar la calidad de vida de los adolescentes?

Temas para búsqueda de información:

- Problemas sociales relacionados con actitudes y comportamientos frente a la sexualidad (embarazo no deseado, aborto, prostitución pornografía, abuso sexual).
- Estrategias para atención de adolescentes.
- Educación para la salud reproductiva del adolescente.

Fuentes sugeridas:

a).- <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/ninos/ninos16.htm> Calidad de vida percibida por los adolescentes.

b).http://letrasuruguay.espaciolatino.com/aaa/casas_lopez_mario_jesus/adolescencia_y_calidad_de_vida.htm Adolescencia y calidad de vida.

c).- <http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm> Estilos y calidad de vida en adolescentes.

d).http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/241/6_Calidad_de_vida_ado.pdf Calidad de vida y determinantes de salud.

e).http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/241/6_Calidad_de_vida_ado.pdf Estrategia de afrontamiento en adolescentes embarazadas.

Equipo 4

Caso problema 4

Consejería en salud.

Una herramienta fundamental para la promoción en salud es la consejería, entendiéndose como una relación de ayuda establecida entre un miembro del equipo de salud y un/a usuario/a con el fin de mejorar y/o promover la salud del mismo a través del fomento de su capacidad de tomar decisiones respecto a su salud y actuar en consecuencia a esto. Es así que existen distintos ámbitos de aplicación que van desde facilitar la percepción de riesgo, reducir el impacto emocional frente a situaciones de crisis, generar espacios de comunicación, fomentar adherencia a tratamientos etc. La American Medical Association (AMA), en las guías preventivas de salud adolescente incluye recomendaciones de consejería referente a estilos de vida saludables, sexualidad, prevención de ITS manejo de conflictos interpersonales, seguridad personal, incluyendo tanto aspectos biomédicos como psicosociales. Siendo descrita como un pilar fundamental en la prevención y promoción de la salud en adolescentes. Sin embargo algunos estudios demuestran que en centros con atención a adolescentes, el asesoramiento en temas de salud por partes de los profesionales, está muy por debajo de lo recomendado, y en cuanto a temas relacionados con la sexualidad es aún menor, en comparación con temas como la obesidad o actividad física. Quienes se dedican a la salud de los y las adolescentes y realizan consejería en este grupo, deben estar capacitados, conocer las características de las etapas del desarrollo, ya que, tanto la forma, como los temas a tratar durante el proceso de consejería serán específicos y adecuados al desarrollo del pensamiento que existe en la adolescencia inicial, media y tardía.

De esta manera durante la adolescencia temprana (10-13 años), el pensamiento es más concreto y bajo un contexto muy literal, al adolescente le costara entender cómo es que su conducta puede repercutir en su salud futura, por lo tanto los mensajes de promoción deben enfocarse en el "aquí y ahora", mientras que un adolescente medio (14-16 años), ya tendrá más experiencias y un pensamiento más abstracto, a la vez que una mayor autonomía.

Finalmente en la adolescencia tardía (17-19 años) habrá un desarrollo del pensamiento más completo, mayores experiencias junto con un reconocimiento de su identidad, el o la adolescente entenderá con mayor facilidad como sus conductas pueden influir en su salud a corto o largo plazo, por lo tanto los mensajes de

conductas saludables, deben enfocarse más hacia los resultados de su comportamiento.

¿Cómo se asegura el éxito de la consejería en salud reproductiva dirigida a adolescentes?

Temas para búsqueda de información:

- Consejería como herramienta fundamental de promoción de la salud.
- Asesoramiento en temas de salud adolescente.
- Etapas de desarrollo y consejería a adolescentes.

Equipo 5

Caso Problema 5

El IMSS en Cifras.

La salud de los adolescentes

La salud de los adolescentes no destaca dentro de las prioridades de los servicios médicos. Los cambios biológicos, psicológicos y sociales que se viven durante la adolescencia exponen a este grupo a una serie de riesgos y eventos determinantes para su salud actual y futura. Los principales motivos de consulta de los adolescentes son los problemas infecciosos de vías respiratorias y las diarreas, pero en los hombres destacan los traumatismos diversos. En las mujeres sobresale la demanda por asuntos relacionados con el embarazo y la planificación familiar. Además, se detectan prevalencia importantes de sobrepeso y obesidad. Las causas de muerte más importantes son los tumores malignos, en particular las leucemias y las lesiones.

Se carece de información sobre los factores de riesgo como adicciones y salud mental. Los datos ilustran la importancia que deben tener los adolescentes en los servicios de salud pues a esa edad es más fácil atacar los riesgos y estilos de vida nocivos para la salud. Aunque en el Instituto Mexicano del Seguro Social la mayor demanda de servicios de salud se recibe por parte de la población adulta mayor, las mujeres en edad reproductiva, los niños y los adolescentes merecen una atención especial por diversas razones.

Éstos (de 10 a 19 años de edad) conforman un grupo poblacional de especial interés para la salud pública por ser un blanco indispensable de los programas preventivos porque no acuden de manera regular a las unidades médicas y limitan el contacto con los servicios de salud y porque su perfil de salud se distingue del resto de la población por estar con frecuencia en condiciones de riesgo, relacionadas con su proceso de maduración. El adolescente emerge de los cuidados maternos para hacerse responsable de su vida, adoptando conductas y roles que le irán forjando su forma de ser en la vida adulta. También inicia su vida sexual activa y por ello se expone a los embarazos a edades muy tempranas, a los abortos, a la infección por agentes de transmisión sexual. Es de llamar la atención que los servicios de salud no cuenten con estrategias de atención bien definidas para otorgar una serie de servicios dirigidos a satisfacer amplias necesidades a un grupo de población que

vive una etapa de cambios biológicos, psicológicos y sociales que tienen un efecto definitivo sobre su salud actual y futura.

Programas preventivos

De 33 millones de derechohabientes adscritos a médico familiar en 2005, los adolescentes concentran 14 % de la población bajo responsabilidad institucional con 4.6 millones y una distribución muy similar entre hombres (49 %) y mujeres (51 %). Uno de los factores que convierte en prioridad a los adolescentes es que sólo una baja proporción demanda servicios de salud. En Medicina Familiar demanda 8 % del total de las consultas, en Urgencias 10 y 6 % de los egresos hospitalarios. En esencia se trata de un grupo poblacional sano y eso explica la baja demanda, pero también es un grupo que necesita cubrir sus necesidades de salud preventiva para evitar riesgos a futuro. En el caso de la vacunación contra la hepatitis B, el sarampión y la rubéola, las coberturas durante el 2005 se encuentran entre 1.8 y 5.3 % respectivamente. Para el caso de la vacuna doble viral destacan Colima (26 %) y Veracruz Sur (20.3 %) pero el resto del país se encuentra muy rezagado con respecto a estas delegaciones. En lo referente a la detección de defectos visuales, que resulta tener mucha relevancia para su aprovechamiento escolar, también encontramos una cobertura muy baja (4 %) cuando se trata de una detección no invasiva y relativamente fácil de realizar dentro de las instalaciones de salud.

El desafío es lograr que acudan a los servicios de salud para monitorear su peso y talla. Hasta ahora, los resultados nos indican que poco menos de la mitad de los adolescentes han sido pesados y medidos (47 %) pero de ellos el índice de masa corporal (IMC) nos arroja prevalencias de 26 % de sobrepeso y 12 % de obesidad. Estas cifras marcan la tendencia hacia la vida adulta si no se interviene a tiempo.

Otra área importante para la prevención se ubica dentro de la salud sexual y reproductiva en los adolescentes. La entrega informada de condones dentro de las unidades de salud por parte de este grupo es muy baja (2.9 %) con excepción de Campeche (31 %). Esto también se refleja en el alto porcentaje de embarazos en adolescentes (13.8 %) a nivel nacional y que llega hasta 20 % en Nayarit, muchos de los cuales se pueden volver de alto riesgo en adolescentes sobre la importancia de posponer su vida reproductiva requiere de esfuerzos singulares en las unidades de salud.

Los resultados de esta promoción dentro de la Institución muestran una baja cobertura de aceptantes de métodos anticonceptivos (2%) a nivel nacional. Ya en el

terreno de la cobertura de la atención prenatal de sólo 39.9 % de los embarazos en este grupo, con un promedio de 5 consultas prenatales, una baja detección de sífilis en estas mujeres embarazadas (7.8 %), una mejor prevención de anemia (51 %) y de vacunación específica (42 %). Un evento que señala la magnitud del desafío es que la atención puerperal se reduce a 11 % de los partos atendidos atención del embarazo.

Los hombres adolescentes son responsables de 7.5 % de las consultas demandadas en el Servicio de Medicina Familiar por el sexo masculino. Su perfil de demanda es muy similar al de las mujeres adolescentes, aunque en lo relativo a traumatismos destacan las fracturas, no tan frecuentes en las adolescentes.

Motivos de consulta en urgencias

Del total de consultas en urgencias otorgadas a los hombres (7 452 712) 10.8 % se otorga-Motivos de consulta en urgencias a adolescentes.

Mortalidad

De acuerdo a las demandas de consulta y al natural proceso de vida saludable que tienen los adolescentes, su participación dentro del perfil de mortalidad es muy limitado. Afortunadamente, son pocas las ocasiones y muy raras las razones que provocan la muerte a un adolescente.

Reflexiones finales

La información disponible para describir con detalle las necesidades de salud de los adolescentes se restringe al uso de servicios médicos y algunos indicadores de prevención. Nuestro sistema de información no nos habla de los factores de riesgo o los estilos de vida que pueden ser nocivos para la salud de este importante grupo poblacional. Poco sabemos sobre las adicciones, el uso de métodos anticonceptivos, el inicio de la vida sexual y los mecanismos utilizados para protegerla. Menos sabemos de su exposición a la violencia, tanto familiar como social. De la misma forma, empezamos a descubrir los riesgos del sobrepeso y la obesidad en este grupo pero no identificamos los problemas de anorexia o bulimia, también importantes en esta etapa de la vida. De los problemas psicológicos asociados al desarrollo natural de estos individuos sabemos menos y, sin embargo, figuran dentro de los problemas de salud más frecuentes en la población, aunque con frecuencia pasan desapercibidos para el personal de salud.

Los adolescentes figuran como un grupo relegado dentro de las prioridades de salud y los servicios médicos poco hacen por detectar la variedad de problemas que

los aquejan. Si los servicios de salud no se abren para recibir a este grupo poblacional, estaremos esperando sólo atender las consecuencias. Una forma de evitar la carga de enfermedades crónicas y degenerativas que hoy aquejan al IMSS es precisamente incidiendo sobre el grupo de adolescentes pues los estilos de vida nocivos a la salud que hoy adoptan son los que no podremos modificar en el futuro. Esperamos contribuir a despertar el interés por la salud de este importante miembro de la familia.

¿Cómo fortalecer los programas preventivos del IMSS dirigido a adolescentes desde la atención que se brinda en los MAPI?

Temas para búsqueda de información:

- Estadísticas de salud adolescente en el IMSS.
- Programas de salud adolescente.
- Morbilidad y mortalidad de adolescentes en el IMSS.

Fuentes sugeridas:

a).- <http://www.imss.gob.mx/salud/Mujer/programa02.htm> Programa de salud del adolescente).-

b).- <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/adolescentes.htm> Guía para el cuidado de la salud del adolescente.

c).- http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A14.pdf Las cifras en la salud de los adolescentes.

d).- <http://www.adolesc.org.mx/litcien/libros/librouiessa.pdf> Investigaciones en salud del adolescente.

e).- <http://www.sipse.com/noticias/56813-embarazos-adolescentes-problemasaludpublica-imss.html> Embarazos adolescentes, problema de salud en el IMSS.

Actividades de aprendizaje:

Categorías de análisis: Problemas 1, 2, 3,4, y 5.

- ✓ Leer y analizar el escenario en que se encuentra el problema.
- ✓ Discutir en grupo elementos necesarios para establecer un consenso de cómo se percibe dicho escenario.
- ✓ Identificar los objetivos de aprendizaje que se pretenden cubrir con el problema
- ✓ Retroalimentación grupal, presentación plenaria.

Día 2 y 3

Problematización.

- ✓ Identificar la información con la que cuenta en la biblioteca virtual de la UMF 61 para lectura y análisis.
- ✓ Elaborar un listado de lo que ya se conoce del tema
- ✓ Identificar cual es la información que ya se tiene en el grupo
- ✓ Elaborar un esquema del problema
- ✓ Retroalimentación grupal plenaria.

Análisis del problema.

- ✓ Elaborar un listado de lo que se requiere para enfrentar el problema planteado.
- ✓ Formular una hipótesis sobre las causas del problema.
- ✓ Preparar preguntas sobre lo que se necesita para resolver el problema
- ✓ Identificar conceptos que deben dominarse para solucionar el problema
- ✓ Retroalimentación grupal. Plenaria.

Día 4 y 5

Planificación de acciones.

- ✓ Preparación de un plan con posibles acciones para cubrir las necesidades detectadas (conocimiento, recomendaciones con base a la hipótesis planteada).
- ✓ Recopila información necesaria a partir de los temas sugeridos, en la red y biblioteca virtual de la unidad. (uso de palabras clave)
- ✓ Prepara un reporte con estimación de resultados, inferencias u otras soluciones
- ✓ Retroalimentación grupal, plenaria.

Actividades de enseñanza

- ✓ Entregar información base del problema planteado por escrito al grupo de trabajo así como fuentes bibliográficas sugeridas.
- ✓ Propiciar un escenario de discusión
- ✓ Dar tiempo y motivación para la investigación
- ✓ Apoyar al grupo con la determinación de roles. (coordinador, secretario)
- ✓ Evaluar el programa a intervalos con base a las rúbricas de evaluación propuestas.
- ✓ Vigila y orienta la pertinencia de los temas.

METODOLOGÍA: Solución de problemas, Consiste en proporcionar una respuesta a partir de cinco situaciones en las que se implica aspectos de salud reproductiva del adolescente en la se exige una combinación de conocimientos, actitudes y valores en el personal de salud que les permita la posibilidad transferir los conocimientos adquiridos en la atención a adolescentes usuarios de MAPI para generar conductas promotoras de salud.

Se consideran cinco componentes en el proceso:

- 1.- Identificación del problema.
- 2.-Definición y representación del problema con precisión.
- 3.-Explorar posibles estrategias para la solución.
- 4.-Proponer acciones para implementar las estrategias.
- 5.-Proponer acciones para observar los efectos.

Integrantes por equipo:

6 personas de distintas disciplinas, (2 Enfermera (o), 2 Médicos Familiares, 2 Trabajadoras sociales.)

Características deseables de los alumnos:

- ❖ Disposición para el trabajo en grupo
- ❖ Tolerancia para enfrentar situaciones ambiguas
- ❖ Habilidades para la interacción personal, intelectual y emocional
- ❖ Desarrollo de poderes imaginativos
- ❖ Habilidades para la solución de problemas
- ❖ Habilidades para la comunicación
- ❖ Perspectiva amplia de su profesión
- ❖ Habilidades de pensamiento crítico, reflexivo, imaginativo y sensitivo.

6.- Recursos

- Aula
- Pintaron o pizarrón
- Porta rotafolio y hojas.
- Plumones
- Tarjetas
- Proyector cañón
- Mesas de trabajo
- Mesa para café.

7.-Rúbrica de evaluación

Desempeño grupal	Evidencias y criterios de evaluación	Nivel 1 Regular	Nivel 2 Bueno	Nivel 3 Excelente
<p>Objetivo de desempeño 1</p> <p>Lograr un equilibrio de las responsabilidades grupales, reconociendo el compromiso ante las tareas para fortalecer la participación de los integrantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución de responsabilidades • Equilibrio en la carga de roles • Reconocimiento y compromiso en las tareas • Claridad en el planteamiento de objetivos • Flexibilidad en los objetivos. <p>Reconocimiento y colaboración entre los integrantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No posee claridad en los objetivos del equipo. • Ante una situación inesperada no analiza las posibles alternativas para enfrentar el cambio • Definición en la aceptación de roles. • Destacan responsabilidades individuales. • Se evidencian dificultades significativas en el intercambio de funciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de los objetivos, ante una situación inesperada enfrenta cambios. • Se evidencian dificultades significativas en el intercambio de funciones en el equipo. • Se denota sobrecarga de roles en algunos miembros del equipo. • Se toma en cuenta las particularidades de cada miembro y las circunstancias al realizar las tareas y son valoradas las iniciativas personales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición adecuada de los objetivos, que permite la creación de metas comunes. • Ordenada planificación de objetivos con vías a enfrentar cambios. • Claridad y seguridad en las responsabilidades de cada miembro. • Correcto equilibrio de roles. • Reconocimiento y colaboración grupal.

<p>Objetivo de desempeño 2 Integra conocimientos adquiridos para el desarrollo de habilidades, destrezas, actitudes y valores en la atención integral al adolescente .</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión escrita • Comprensión oral • Capacidad de empleabilidad • Autonomía 	<ul style="list-style-type: none"> • Interactúa en grupo de discusión sin expresar su postura, solo haciendo parafraseo de la información. • Entrega soporte informático en tiempo y forma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interactúa en grupos de discusión sin definir su postura ni sostener sus argumentos para mejorar la práctica de enfermería en un marco de respeto y tolerancia. • Entrega soporte informático en tiempo y forma. • Expresa en sus actividades de comunicación escrita. • Participa en tiempo y forma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interactúa con sus pares en grupos de discusión sobre postura y argumentos para mejorar la práctica de enfermería, en un marco de respeto y tolerancia. • Entrega soporte informático en tiempo y forma. • Expresa claramente en sus actividades de comunicación oral y escrita. • Identifica los elementos de su práctica para la transformación social. • Ubica claramente el contexto social de la práctica de enfermería • Participa en tiempo y forma.
---	--	---	--	--

Indicadores de desempeño grupal:

- Distribución de responsabilidades
- Equilibrio en la carga de roles
- Reconocimiento y compromiso en las tareas
- Claridad en el planteamiento de objetivos
- Flexibilidad en los objetivos.
- Reconocimiento y colaboración entre los integrantes.

Indicadores de conocimientos

- Comprensión escrita
- Comprensión oral
- Capacidad de empleabilidad
- Autonomía
- Iniciativa personal.

Evaluación del tutor

- Organización
- Conocimiento
- Dominio del tema
- Apoyo grupal
- Apoyo individual.

Evaluación del curso taller.

- Para el cambio de comportamiento.
- Utilidad para la gestión
- Utilidad en la influencia en el medio social.

7.- Bibliografía

Báez, A.G. (2005) Perfil de comportamiento sexual de adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados ENSA 2000.

Boran, C (2005) Aportes a la teoría de género a la comprensión de las dinámicas sociales y las teorías específicas de asociación y participación, identidad y poder. Río de Janeiro, Brasil.

González, G.C. (2005) Perfil de comportamiento sexual de adolescentes mexicanos. Revista interamericana de psicología/interamericana Journal of psychology, 333-340.

Mazarrasa, A.L. (2006) Salud sexual y reproductiva. Programa de formadores/as en perspectiva de género y salud. Módulo 12: Salud sexual y reproductiva. Valencia, España.

Pozueta, F.I. (2005) Sexualidad infantil y del adolescente como elemento de salud. Censo de actualización pediatría 2005, Madrid.

UNICEF (2005) Los derechos de la infancia y la adolescencia en México. Una agenda para el presente.

CARTA DESCRIPTIVA

PROGRAMA PROMOCIÓN DE SALUD PARA GENERAR CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD EN ADOLESCENTES USUARIOS DE MAPI

12 OCTUBRE 2009	13 OCTUBRE 2009	14 OCTUBRE 2009	15 OCTUBRE 2009	16 OCTUBRE 2009
8:00 A 9 Hrs. Inauguración	8:00 a 8:30 Hrs Retroalimentación grupal del	8:00 a 8:30 Hrs Retroalimentación grupal del	Equipo 3. 8:00 a 8:30 Hrs. Presentación de	Equipo 2. 8:00 a 8:30 Hrs. Presentación de
9:00 a 10 Hrs. Dinámica de presentación	trabajo día anterior por equipos. Equipo 1.	trabajo día anterior por equipos Equipo 4	definición del problema con precisión. (Mapa conceptual).	definición del problema con precisión. (Mapa conceptual).
10 a 10:30 RECESO	8:30 a 9:30 Hrs. Presentación	8:30 a 9:30 Hrs. Presentación	8:30 a 9:30 Retroalimentación	8:30 a 9:30 Retroalimentación
10:30 a 11:30 Hrs. Análisis de expectativas	identificación del problema. 9:30 a 10 Hrs Sesión de preguntas y respuestas.	identificación del problema. 9:30 a 10 Hrs. Sesión de preguntas y respuestas.	grupal. Equipo 4. 9:30 a 10 Hrs. Presentación de	grupal. Equipo 3. 9:30 a 10 Hrs. Presentación de
Encuadre.	10 a 10:30 Hrs. RECESO	10 a 10:30 Hrs. RECESO	definición del problema con precisión. (Mapa conceptual).	definición del problema con precisión. (Mapa conceptual).
Establecimiento de Normas grupales.	10:30 a 11 Hrs. Equipo 2.	10:30 a 11 Hrs. Equipo 5	precisión. (Mapa conceptual).	precisión. (Mapa conceptual).
11:30 a 13 Hrs. Formación de equipos interdisciplinarios.	11 a 11:30 Hrs. Presentación	11:00 a 11:30 Hrs. Presentación	10:00 a 10:30 Hrs. Retroalimentación	10:00 a 10:30 Hrs. Retroalimentación
Determinación de roles	identificación del problema. 12:30 a 13:30 Hrs. Presentación	identificación del problema. 12 a 12:30 Hrs. Presentación de	10:30 a 11 Hrs RECESO Equipo 5. 11 a 11:30 Hrs. Presentación de	10:30 a 11 Hrs RECESO Equipo 4. 11 a 11:30 Hrs. Presentación de
13 a 14 Identificación del problema	12:30 a 13:30 Hrs. Presentación	12 a 12:30 Hrs. Presentación de	definición del problema con precisión. (Mapa conceptual).	definición del problema con precisión. (Mapa conceptual).
	13:30 a 14 Hrs. Sesión de preguntas y respuestas	precisión. (Mapa conceptual). 12:30 a 13:00 Hrs Retroalimentación	11:30 a 12:00 Hrs. Retroalimentación	11:30 a 12:00 Hrs. Retroalimentación
		12:30 a 13:00 Hrs Retroalimentación	12 a 12:30 Hrs. Plenaria	12 a 12:30 Hrs. Plenaria

entregado por tema por equipo.		<p>Equipo 2. 13:30 a 14 Hrs. Presentación de definición del problema con precisión. (Mapa conceptual). 13:30 a 14:30 Retroalimentación grupal</p>	<p>12:30 a 13:00 Hrs Equipo 1. 12:30 A 13Hrs. Presentación posibles estrategias para abordar el problema. 13:00 a 13:30 Hrs Discusión grupal sobre posibles efectos de las estrategias planteadas. 13:30 a 14 Hrs Presentación de conclusiones</p>	<p>12:30 a 13:00 Hrs Equipo 5. 12:30 A 13Hrs. Presentación posibles estrategias para abordar el problema. 13:00 a 13:30 Hrs Discusión grupal sobre posibles efectos de las estrategias planteadas. 13:30 a 14 Hrs Presentación de conclusiones 14:00 a 14:30 Evaluación curso.</p>
--------------------------------	--	--	---	---

Apéndice 4
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO
FACULTAD DE ENFERMERIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
SEDE VERACRUZ

Instrumento

Evaluación social de Estrategia de promoción de la Salud para generar conductas promotoras de salud en adolescentes usuarios de MAPI UMF 61

Fecha _____ Servicio. _____

Folio _____

A continuación encontrará una serie de preguntas las que le solicito responda de manera sincera, tache en el paréntesis donde encontrará varias opciones la respuesta que usted considere, no considere el espacio sombreado, le agradeceré no dejar preguntas sin responder.

I.- DATOS GENERALES		
Edad en años	1.- 10 a 13..... () 2.- 14 a 16..... () 3.- 17 a 19..... ()	
Sexo	1.- Hombre..... () 2.- Mujer..... ()	
Escolaridad	1.- Primaria completa..... () 2.- Primaria Incompleta..... () 3.- Secundaria completa..... () 4.- Secundaria Incompleta..... () 5.- Bachillerato completo..... () 6.- Bachillerato Incompleto..... () 7.- Ninguna de las anteriores..... ()	
Ocupación actual	1.- Estudiante..... () 2.- Empleado..... () 3.- Otro..... ()	
Estado Civil	1.- Soltero..... () 2.- Casado..... () 3.- Otro..... ()	
Hijos	1.- Con hijos..... () 2.- Sin hijos..... ()	
II.- ESTRUCTURAS FAMILIARES		
Composición familiar	1.- Nuclear (viven papá, mamá, hijos)..... () 2.- Incompleta (sólo papá e hijos)..... () 3.- incompleta (mamá e hijos)..... () 4.- Extensa (viven otras familias además de Papá, mamá e hijos)..... ()	
Quien trabaja en casa	1.- Papá..... () 2.- Mamá..... () 3.- Hijos..... () 4.- Papá y mamá..... () 5.- Todos..... ()	
Cuál de estos estudios ha completado tu mamá	1.- Ninguno..... () 2.- Primaria completa..... () 3.- Secundaria Completa..... () 4.- Nivel técnico..... () 5.- Nivel profesional..... ()	
Cuál de estos estudios ha completado tu papá	1.- Ninguno..... () 2.- Primaria completa..... () 3.- Secundaria Completa..... () 4.- Nivel técnico..... () 5.- Nivel profesional..... ()	
	1.- Trabajando..... ()	

En este momento tus padres o tutores se encuentran en:	2.- Buscando trabajo..... () 3.- Pensionado..... () 4.- Quehaceres del hogar..... () 6.- No hace nada..... () 7.- Ha fallecido..... ()	
III.-ANTECEDENTES DE CONSULTA		
Motivos por los que acudes a consulta	1.- Solicitud anticonceptivos..... () 2.-Falta de menstruación..... () 3.- Infecciones Transmisión sexual..... () 4.- Embarazo..... () 6.- Consejería (grupo)..... () 7.- Enfermedad..... () 8.- Ninguna de las anteriores..... ()	
IV .- ANTECEDENTES SEXUALES (Sólo si haz tenido o tienes relaciones sexuales)		
Edad de la primera relación sexual	1.-10 años..... () 2.-11 años..... () 3.-12 año..... () 4.-13 años..... () 5.- 14 años..... () 6.-15 años..... () 7.-16 años..... () 8.-17 años..... () 9.- 18 a 19 años..... () 10.- No he tenido relaciones sexuales..... ()	
Que es la persona con la que tuviste la primera relación sexual	1.- Amigo(a)..... () 2.- Compañero(a) de colegio..... () 3.- Otro..... ()	
Por cuanto tiempo has mantenido relación sexual con esta persona	1.- Días..... () 2.- Semanas..... () 3.- Meses..... () 4.- Años..... ()	
En que lugar adquieres los preservativos	1.- IMSS..... () 2.- Farmacia..... () 3.- Hospital..... ()	
Anticonceptivo solicitado	1.- DIU..... () 2.- Pastillas..... () 3.- Inyectable..... () 4.-Condón..... () 5.-Parche..... () 6.- Otro..... () 7.- Ninguno..... ()	
V.-SISTEMA DE VALORES FAMILIARES		
<i>Crecimiento</i>		
Se comparten responsabilidades entre los integrantes de la familia, para mantenerla, resolver conflictos etc.	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	Puntaje Bueno 10 a 14 Regular 5 a 9 Deficiente 0 a 4
El logro de la madurez emocional, física y autorrealización se logran con apoyo mutuo.	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
La relación familiar favorece tu desarrollo personal	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Haz logrado tus metas con el apoyo de la familia	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.-Nunca..... ()	
Para tomar decisiones lo haces conjuntamente con la familia.	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Consideras tus responsabilidades acorde con los del resto de la familia.	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	

Es la familia importante en tu vida	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Total		
<i>Afecto</i>		
Existe relación de cuidado y amor en la familia	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	Puntaje Bueno 15 a 21 Regular 8 a 14 Deficiente 13 a 7 Nulo ≤ a 6
Todos los integrantes de la familia se preocupan por las necesidades de padres e hijos.	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Te sientes querido y apreciado en la familia	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Entre la familia tienen muestras de afecto	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Se expresan el afecto en la familia	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Te sientes cercano afectivamente a la familia	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
El afecto de la familia te fortalece	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Total		
VI.-SISTEMAS DE COMUNICACIÓN FAMILIAR		
Todos Los integrantes de la familia se preocupan por las necesidades de padres e hijos.	1.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	Puntaje Bueno 15 a 21 Regular 8 a 14 Deficiente 13 a 7 Nulo ≤ a 6
Es de tus padres de quien aprendes principalmente	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
La familia procura el bienestar de sus miembros	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
La familia se adapta a cambios fácilmente	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Existen conflictos en la familia por falta de comunicación	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Tienes confianza para platicar tus problemas con la familia	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Compartes tus emociones, sentimientos y pensamientos con la familia	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Total		
VII.-CONDUCTAS PROTECTORAS DE SALUD (IMPORTANCIA DE LA SALUD)		
Consideras importante conservar tu salud	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	Puntaje Bueno 15 a 21 Regular 8 a 14 Deficiente 13 a 7 Nulo ≤ a 6
Acudes a consulta cuando estás enfermo	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
La salud sexual y reproductiva es igual de importante para cualquier otra situación de	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	

salud		
Tengo muchas cualidades positivas	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Durante las ultima cuatro semanas te has encontrado enfermo	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Consideras posible mejorar tu propia salud	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Te preocupa sentirte triste o deprimido(a)	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Total		
VIII.-CONTROL DE LA SALUD PERCIBIDO		
Estoy lleno(a) de energía	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	Puntaje Bueno 15 a 21 Regular 8 a 14 Deficiente 13 a 7 Nulo ≤ a 6
Resisto muy bien las enfermedades	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Cuando me pongo enfermo(a) me suelo recuperar rápidamente	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Coordino bien mis movimientos	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Estoy en muy buena forma	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Tengo muchas cosas de las que sentirme orgulloso(a)	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Me gusta ser como soy	3.- Siempre..... () 2.- Algunas veces..... () 1.- Nunca..... ()	
Total		
IX.-BENEFICIOS PERCIBIDOS		
Te benefician las conductas que te propone el personal de salud para mejorar tu salud sexual y reproductiva	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	Puntaje Bueno 15 a 21 Regular 8 a 14 Deficiente 13 a 7 Nulo ≤ a 6
Identificas bien el modo de transmisión del VIH /SIDA	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Conoces los cuidados para evitar infecciones de transmisión sexual	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Recibes información personalizada del personal de salud.	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Te agrada la información que recibes	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Es útil la información que recibes para el cuidado de la salud.	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
La información que recibes de te facilita el cuidado de la salud reproductiva	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Total		

X.-BARRERAS PERCIBIDAS		
Es fácil acceso a los servicios	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	Puntaje Nunca 15 a 21 Alguna vez 8 a 14 Casi siempre 13 a 7 Siempre ≤ a 6
Las recomendaciones que te dan son fáciles de llevar a cabo.	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Son amables y me brindan confianza en la consulta	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Me siento importante para quien me atiende	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
El personal de salud aclara mis dudas satisfactoriamente	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Me siento segura(o) al acudir al servicio	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Son útiles las recomendaciones que recibo para cuidar mi salud.	2.- Siempre..... () 1.- Algunas veces..... () 0.- Nunca..... ()	
Total		

Gracias por su participación

ATTE

Lic. Enf. Graciela López Orozco