

Comprensión de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en el marco del desarrollo a escala humana

Luz Mery Mejía O.¹ • Ana Cecilia Ortiz Z.²

Resumen

El presente documento plantea una propuesta para la comprensión e intervención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en el marco del desarrollo a escala humana, específicamente para aquellos que pertenecen a la comunidad académica de los grados 10 y 11 de las instituciones educativas. En este artículo se propone la creación de un centro itinerante de consejería para los adolescentes y sus padres y un programa de capacitación para los docentes, con el fin de impactar los efectos negativos que se pueden generar como

producto de la falta de comprensión de la salud sexual y reproductiva y de la ausencia de satisfactores sinérgicos de la misma.

Palabras clave

Salud de los adolescentes, conducta reproductiva, desarrollo humano, salud reproductiva, promoción de la salud, evaluación de necesidades

Comprehension of the reproductive and sexual health of adolescents in the context of human development scale

Summary

This paper presents a proposal to understand and intervene reproductive and sexual health of adolescents in the context of human development scale. It is mainly focused on students of 10th and 11th level of high school education. This study suggests the creation of a traveling center to advice adolescents and their parents and a training program for teachers aimed to impact the negative effects

of both the lack of understanding of adolescents' sexual and reproductive health and the absence of synergistic satisfiers for it.

Key words

Teen health, reproductive behavior, human development, reproductive health, health promotion, needs assessment

1 Administradora de empresas, magíster en salud pública, docente de cátedra de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia
Falta correo electrónico

2 Enfermera, gerente hospitalaria, magíster en salud pública, docente de la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia

Recibido: 21 de julio de 2005 Aceptado: 21 de febrero de 2006

Introducción

El ejercicio de la sexualidad en edades tempranas puede generar diversos efectos negativos, como son los problemas relacionados con el embarazo precoz no deseado, el aborto inducido y sus consecuencias físicas y psicológicas, la mortalidad materna y perinatal y las infecciones de transmisión sexual. Estos problemas producen además consecuencias sociales, económicas, familiares y fisiológicas que afectan el desarrollo humano de los adolescentes y, por tanto, repercuten negativamente en el desarrollo económico y social de las familias, pues la negación social y cultural sobre la posibilidad de que los adolescentes pueden ser seres sexualmente activos contribuye a elevar el riesgo de aborto inducido en esta población, por temor a reconocerse frente a los adultos como personas con experiencia sexual.¹

La complejidad de esta problemática requiere una transformación reflexiva por parte de los adultos significativos, lo cual implica que estos actores desarrollen la capacidad de generar satisfactores sinérgicos para comprender la sexualidad de los adolescentes de modo que estos últimos puedan ejercer una sexualidad sana, responsable y libre.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000 reiteró en sus conclusiones la necesidad de implementar la Ley de Educación Sexual en todos los establecimientos escolares; de igual manera, se identifica allí la importancia de buscar nuevas formas de comunicación con la población, tales como la comunicación personalizada y la educación reproductiva, en términos de capacidad crítica y autodeterminación de cada individuo para asegurar que se respeten sus diferencias y derechos.²

Esta propuesta plantea alternativas para la comunidad académica de las instituciones educativas de secundaria, como son: capacitación a los docentes, orientación grupal a los padres de familia y orientación y consejería individual a los adolescentes. Con su desarrollo se pretende impactar los efectos negativos del ejercicio temprano de las relaciones sexuales a causa de la incomprensión de los fenómenos culturales, sociales y psicológicos relacionados con la sexualidad del adolescente. Desde las propuestas de desarrollo a escala humana, se pretende argumentar cómo, al satisfacer la necesidad de entendimiento de la sexualidad en esta población, se potencia la satisfacción de otras necesidades, como el afecto, la libertad, el ocio, la protección, la participación y la identidad.

La implementación de la propuesta que se plantea en este artículo podría contribuir a la disminución de problemas biológicos y sociales relacionados con el ejercicio temprano de la sexualidad, así como a la disminución de costos en salud y a generar oportunidades de investigación e intervención de los fenómenos sociales en torno al desarrollo humano del adolescente.

Antecedentes

Desde mitad del siglo XX, la salud sexual y reproductiva ha sido motivo de preocupación en el ámbito mundial, debido

a los múltiples problemas generados por la poca comprensión del proceso natural de desarrollo de los adolescentes, los cuales conllevan a comportamientos problemáticos que tienden a agruparse en casos como el abuso de alcohol y drogas, el hábito de fumar y la precocidad sexual.³

Las preocupaciones en torno a esta problemática se manifiestan desde las décadas del cincuenta y sesenta, cuando la salud de las mujeres en edad reproductiva, la de los niños y las niñas, fue declarada como prioritaria para las acciones sanitarias en todos los países de América latina, con diferentes estrategias, que iban desde la planificación familiar y la reproducción humana hasta el desarrollo de programas para el control de indicadores demográficos y la formulación de políticas relacionadas con la salud sexual de la población y, especialmente, de las mujeres.⁴

En 1998, los países de la región de las Américas mostraban altas tasas de fecundidad y de mortalidad materna, baja cobertura en la atención prenatal y de parto a cargo de personal capacitado, altas tasas de mortalidad por neoplasias malignas en mujeres y altas tasas de incidencia de infecciones de transmisión sexual y sida. Estos indicadores mostraban una importante pérdida de oportunidades para que la mujer accediera a información y acciones de prevención del cáncer ginecológico y a la detección oportuna de infecciones de transmisión sexual mediante la promoción de una sexualidad sana que respondiera a sus derechos sexuales y reproductivos.⁵

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Profamilia 2000, la iniciación temprana de las relaciones sexuales es más frecuente en los estratos bajos, en el área rural y en la población con menor nivel educativo. El estudio mostró que “los hombres adolescentes consideran que la edad ideal para iniciar relaciones tempranas son los 17 años y las mujeres, los 18; aún así, se observa que la edad promedio de la primera relación sexual es de 13,4 años entre los hombres y de 14,8 entre las mujeres, cuatro años menos de los que ellos mismos consideran ideal”.⁶ El mismo estudio señala que “el 15% de las adolescentes de 15 a 19 años ya han sido madres y el 4% están embarazadas de su primer hijo. Asimismo, una de cada cinco (20%) de las adolescentes de 17 años ha estado embarazada y una de cada tres (33%) de las jóvenes de 19 años”.¹

Estos indicadores se reflejan de manera similar en el departamento de Antioquia, donde el 19% del total de su población es adolescente y la cual ha superado la tasa general de fecundidad del departamento. De acuerdo con las estadísticas epidemiológicas,⁷ del total de mujeres embarazadas en el año 2002, el 26,7% se presentó en adolescentes, con la desventaja adicional de que 50% de esos embarazos no fueron deseados.⁸

En su preocupación por atender la problemática de salud sexual y reproductiva en este segmento de la población, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de Antioquia ha

priorizado los siguientes factores de riesgo que deben tenerse en cuenta al momento de su intervención: a) sistema educativo de baja cobertura y que no responde a las necesidades del adolescente; b) procesos formativos deficientes; c) grupos familiares fraccionados; d) contexto familiar, social y político con altas manifestaciones de violencia; e) relaciones familiares carentes de afecto; f) insuficientes garantías de acceso a los servicios de salud y el enfoque curativo de los mismos; g) poca oferta de programas de atención integral a las necesidades de los adolescentes, y h) modelos autoritarios o demasiado permisivos en la formación del adolescente.⁹

La intervención de esta problemática es compleja, en cuanto se considera que la sexualidad y el potencial reproductivo de las personas toca con su intimidad y con las fibras más sensibles de su ser. Además, este aspecto de la vida está cubierto por un manto de mitos, represiones, costumbres y hábitos transmitidos de generación en generación, los cuales hacen parte de una cultura milenaria, patriarcal y generadora de inequidades de género y de comportamientos y prácticas que lesionan directa o indirectamente la salud. Se reconoce además que es difícil lograr cambios en el corto y mediano plazo en dichos comportamientos, debido al gran arraigo cultural y a los controles sociales y religiosos que llevan a las personas a conflictos, frustraciones, sentimientos de culpa y, en ocasiones, a la violencia, con deterioro de la calidad de vida e influencia negativa en el desarrollo humano.¹⁰

Igualmente, el ejercicio de la sexualidad se manifiesta en lo particular, en lo privado y en lo colectivo, y se convierte en una variable clave en el juego de oportunidades para el desarrollo social y económico de los pueblos. Por tanto, las decisiones en este aspecto deben tomarse de manera libre, voluntaria y razonada, pues sus efectos tienen no solo un componente de responsabilidad individual y familiar, sino que también producen un importante impacto social. Lo anterior reitera la responsabilidad del Estado de formular e implementar políticas públicas, normas y estrategias que favorezcan comportamientos más autónomos, responsables y saludables, especialmente en la población adolescente, mediante un sistema de seguridad social que garantice la educación y la atención de la salud sexual, con oportunidad y calidad.¹¹

En este orden de ideas, se requiere que tanto adolescentes como padres de familia y docentes comprendan el ejercicio responsable de la sexualidad, para potenciar la satisfacción de otras necesidades que, para este caso, se plantean desde la propuesta de desarrollo a escala humana.

Soporte teórico

El Gobierno colombiano ha manifestado que la salud sexual y reproductiva, así como la creación de condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, son prioridades de la salud pública y de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para el período comprendido entre el

2002 y el 2006. Esta Política se basa en los lineamientos establecidos en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en 1995, y en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, efectuada en la ciudad de El Cairo en 1994.

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva incluye un análisis de la situación sobre el tema en Colombia y su relación con los derechos sexuales y reproductivos. Plantea además prioridades como la maternidad segura, la planificación familiar, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y la violencia doméstica y sexual, entre otros, y en este contexto, la calidad de vida de los seres humanos hace referencia a la forma como sus sociedades atienden las necesidades de cada individuo en el marco de los estándares, leyes y disposiciones legales vigentes para garantizar el bienestar de cada individuo o grupo.

De acuerdo con el escenario anterior y con los principios y derechos establecidos universalmente para hombres y mujeres, el concepto de salud sexual y reproductiva representa una de las líneas de bienestar fundamentales para los seres humanos, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social.

Una mirada a la adolescencia

La adolescencia se reconoce como el período de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que comienza alrededor de los 12 y 13 años y termina hacia los 19 o 20.¹² Para comprenderla en nuestro país, es preciso analizar el contexto relacionado con los procesos de globalización y desarrollo tecnológico, el auge de las lógicas del mercado, la gran influencia de los medios de comunicación, los cambios culturales, las pautas sociales que median las relaciones entre los géneros y entre las generaciones, así como la situación de guerra en medio de condiciones de pobreza, violencia, corrupción, migración y desplazamiento de cultivos, entre otros. Estos factores influyen directamente en el comportamiento de la juventud y en las oportunidades de desarrollo humano, económico y social.¹³

Los adolescentes experimentan su ciclo de desarrollo en medio de potencialidades, necesidades, problemas, límites, símbolos, códigos y oportunidades, que traen como resultado una representación moderna de lo juvenil. La identidad juvenil se marca entre otros aspectos por la pertenencia del joven a un lugar y la apropiación de valores, códigos e imaginarios en el mundo de las relaciones que se establecen consigo mismo, con los otros y con el mundo que lo rodea.

La comprensión de lo juvenil no solo tiene que ver con los territorios, sino también con el entorno y la dinámica del mercado. Por ello, se presentan diversas expresiones de lo juvenil que van desde experiencias de acomodación, de supervivencia, de defensa del territorio, de infracción, de productividad, de acción social y de participación ciudadana¹⁴ hasta las expresiones y experiencias de su sexualidad,

en busca de satisfactores a sus necesidades de afecto, de protección, de identidad, de libertad, de seguridad y de ocio, entre otras.

De acuerdo con Papalia y Olds,¹⁵ la imagen que los adolescentes tienen de sí mismos y las relaciones con los padres y las parejas conciernen a la sexualidad. La actividad sexual, desde un beso hasta las caricias y el contacto genital, satisface varias necesidades en los adolescentes. Ellos buscan la actividad sexual para aumentar la intimidad, indagar por nuevas experiencias, probar su madurez, estar a la par con sus compañeros, encontrar alivio a las presiones o internarse en el misterio del amor. Las autoras afirman que “por lo general, la orientación sexual de una persona se manifiesta en la adolescencia” y que la misma está determinada por factores hormonales y neurológicos, pero también por influencias ambientales y sociales, por lo cual se considera importante una adecuada y oportuna orientación para contribuir al sano desarrollo de la sexualidad de los individuos.

Las mismas autoras¹⁶ se apoyan en estudios que demuestran que los jóvenes de hoy son más activos sexualmente y más liberados que los jóvenes de generaciones anteriores y argumentan que el inicio temprano de la actividad sexual obedece a presiones sociales, a la curiosidad frente al sexo y la influencia de los medios de comunicación, que les presenta una idea e información distorsionada acerca de la práctica sexual. De igual manera, identifican que uno de los principales problemas del inicio de relaciones sexuales en edad temprana es el embarazo no planeado, que trae consecuencias graves para las adolescentes, los bebés y la sociedad en conjunto.

En la mayoría de los casos, la maternidad en adolescentes puede llegar a ser una adversidad, pues la joven corre el riesgo de caer en un ciclo autodestructivo que consiste en la dependencia de otros para lograr apoyo. Suele suceder que esta dependencia lleve a la joven a caer en embarazos repetidos, y por tanto, a disminuir sus oportunidades para estudiar.¹⁷

Los padres: adultos significativos en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes

La formación del individuo es un proceso en el cual participan las instituciones educativas, la familia y los contextos sociales donde se desenvuelve el individuo. Es conveniente reconocer la adecuada participación de los padres en la formación de los hijos; no obstante, en el período de la adolescencia son bastante frecuentes los conflictos en la relación padre-hijo, en la cual se presentan controversias relacionadas con el rendimiento escolar, los quehaceres domésticos, los amigos, la hora de llegada, las citas y la apariencia personal. Además, los padres quisieran que sus hijos adolescentes asistieran a la iglesia; les preocupa su conducta sexual, su honestidad, el lenguaje que utilizan y también muestran una gran preocupación si llegan a fumar, a consumir drogas y licor.¹⁸

Además se presentan discusiones por las expresiones de rebeldía del adolescente, que pueden ser interpretadas como actitudes de emancipación y desarrollo de la autonomía. Hay varios factores relacionados con los conflictos y, entre ellos, el tipo de disciplina. Se considera que esta es menos conflictiva si se da como una aproximación democrática respecto a las tareas domésticas, las actividades fuera de casa, los amigos y el gasto de dinero. El nivel socioeconómico de la familia también influye en los temas de conflicto. Es común que los padres de familia de bajos recursos se preocupan por cosas como el respeto, la gentileza, la obediencia, de sus hijos y, además, les interesa que no se metan en problemas en la escuela. Las familias de clase media están más preocupadas por el rendimiento académico y el desarrollo de iniciativa e independencia de sus hijos.¹⁸

En términos generales padres e hijos resuelven sus conflictos según su mutua satisfacción y los padres continúan ejerciendo su autoridad e influencia sobre los hijos. Sin embargo, los padres se muestran desorientados sobre la forma de asumir la conservación de reglas, normas y valores; manifiestan dificultad para escuchar, explicar y negociar con sus hijos las estrategias orientadas a lograr la autonomía de los adolescentes con responsabilidad y competencia.

Los padres de familia no tienen duda sobre la capacidad del joven para evaluar problemas de un gran nivel de complejidad, pero no están seguros de depositar toda su confianza en las decisiones del adolescente. Se reconoce que la actitud de confianza y capacidad de escucha del padre hacia el hijo es una fortaleza en el desarrollo humano integral del adolescente. Sin embargo, la cultura, los mitos y las creencias religiosas respecto a la sexualidad siguen siendo un problema de difícil manejo para los padres y, en este sentido, son pocas las oportunidades de comunicación en la relación padres e hijos.

La educación y el papel del docente en la salud sexual del adolescente

En la adolescencia, los procesos educativos deben orientarse hacia el logro del desarrollo corporal, afectivo y ético. La dimensión corporal es relevante porque es soporte de la comunicación y de la experiencia afectiva y tiene especial importancia en la salud, el equilibrio físico, la estética y el prestigio. Las dimensiones ética y moral tienen un valor significativo por ser elementos fundamentales para una sana convivencia social.¹⁹

En tal sentido, la Ley 115 de 1994 en su artículo 13, establece que entre los objetivos de la educación para el desarrollo integral de los educandos se deben realizar acciones estructuradas, encaminadas a desarrollar una sana sexualidad que promueva el conocimiento de sí mismo y la autoestima, así como la construcción de la identidad sexual dentro del respeto por la equidad de los sexos, la afectividad y el respeto mutuo, y prepararse para una vida familiar armónica y responsable.²⁰

El logro de este objetivo exige que los docentes estén capacitados en la forma de asumir la educación sexual de los educandos, la cual no solo comprende los contenidos teóricos, sino que requiere también una actitud responsable de los docentes frente al proceso de desarrollo físico y psicológico del estudiante. Los maestros pasan mucho tiempo con los jóvenes y esto los sitúa en un plano ideal para identificar actitudes, comportamientos y pensamientos relacionados con la sexualidad. A partir de este hecho, es indispensable proveer a los docentes de herramientas para comprender la problemática y apropiarse de ella con competencia profesional.

En el entendido de que la educación no solo aporta información a los jóvenes sino que alimenta su desarrollo intelectual, social y moral, la educación para la salud debe trascender los aspectos de higiene personal, ejercicio físico, descanso, alimentación, bebida, maduración, sexualidad y relaciones, con la intención de dotar a los jóvenes de facultades para que dirijan, con responsabilidad, su propio destino en materia de salud.²¹

Pensando en los satisfactores de las necesidades del adolescente para su salud sexual y reproductiva

Existen diferentes posturas respecto al concepto de salud. Para efectos de esta propuesta de intervención, se asume el concepto de salud planteado por el Instituto de Desarrollo de la Salud, de La Habana, que en 1980 definió la salud como “una categoría biológica y social que existe en unidad dialéctica con la enfermedad, resultante de la interacción dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa por un estado de bienestar físico, mental y social y está condicionada por cada momento histórico del desarrollo social”. A partir de este concepto se interpreta que la salud de los adolescentes puede afectarse por la actitud que asumen en el desarrollo de su sexualidad

La sexualidad humana corresponde a la dimensión erótico-afectiva del desarrollo humano, la cual se refiere a la capacidad de amar y expresar las emociones y deseos con madurez. La antropología de la sexualidad plantea que la sexualidad es una demostración particular y social de la base biológica, dentro del marco de restricciones impuestas por los valores sociales. En tal sentido, se afirma que las diferencias sexuales no son exclusivamente resultado de la anatomía o de la fisiología, sino de los conceptos de masculinidad y feminidad que tiene una cultura y que se expresa por las actitudes, comportamientos y expectativas de acuerdo con la organización social, familiar, económica, política y religiosa.²²

En el presente artículo, los fundamentos teóricos y conceptuales que se proponen para el análisis y comprensión de la problemática de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes están circunscritos en la teoría de desarrollo a escala humana planteada por Max-Neef y colaboradores, quienes proponen estrategias para satisfacer las necesida-

des humanas a partir de su identificación y sistematización mediante una matriz pluridimensional de necesidades y satisfactores. Estas necesidades se agrupan en dos categorías: la existencial, que comprende las necesidades del ser, del tener, del hacer y del estar; y las axiológicas, que comprenden las necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.²³

La propuesta de desarrollo a escala humana conduce a la promoción de la autodependencia porque estimula la formación de sujetos sociales capaces de sostener un desarrollo autónomo, autosustentado y armónico en sus diversos ámbitos. En oposición a la racionalidad económica, Max-Neef y su grupo le apuestan a una racionalidad orientada al mejoramiento de la calidad de vida, soportada en el respeto a la diversidad y la renuncia a convertir las personas en objetos de otras. Esta propuesta plantea que la eficiencia de los satisfactores sinérgicos es determinante para la generación de recursos económicos; relación que se convierte, en parte, en definición de una cultura y en determinantes de los estilos de desarrollo.²⁴ En el entramado que comporta la relación de las necesidades existenciales y axiológicas, surgen necesidades básicas que para el caso de la salud sexual y reproductiva del adolescente son de gran relevancia.

De acuerdo con la matriz de necesidades y satisfactores de Max-Neef y su grupo y reconociendo el contexto político, económico, social y familiar en el que se desarrollan los adolescentes, los satisfactores sinérgicos deben responder a la satisfacción de una necesidad y potenciar la satisfacción de otras. En este orden de ideas, satisfacer la necesidad de entendimiento de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes requiere desde el *ser*: conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición y racionalidad; desde el *tener*: maestros y políticas educativas y comunicativas; desde el *hacer*: investigar, estudiar, experimentar, analizar, meditar e interpretar; desde el *estar*: ámbitos de interacción formativa, instituciones educativas, agrupaciones, comunidades y familia.

Satisfacer la necesidad de entendimiento potencia la satisfacción de la necesidad de afecto, lo cual requiere desde el *ser*: autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad y humor; desde el *tener*: amistades, pareja, familia, animales domésticos, plantas y jardines; desde el *hacer*: hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar y apreciar; desde el *estar*: privacidad, intimidad, hogar y espacios de encuentro.

De igual forma, se potencia la necesidad de participación que requiere desde el *ser*: adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión y humor; desde el *tener*: responsabilidades, obligaciones, derechos, atribuciones y trabajo; desde el *hacer*: afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar y opinar; desde el *estar*: ámbitos de interacción participativa,

partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, vecinos y familia.

La satisfacción de la necesidad de entendimiento de la salud sexual y reproductiva también potencia la satisfacción de la necesidad de ocio, para lo cual se requiere desde el *ser*: curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor, tranquilidad, sensualidad; desde el *tener*: juegos, espectáculos, fiestas, calma, etc.; desde el *hacer*: divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse y jugar; en el *estar*: privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes y paisajes.

Otra necesidad que se potencia es la de identidad, la cual requiere desde el *ser*: pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad; desde el *tener*: símbolos, lenguajes, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica y trabajo; desde el *hacer*: comprometerse, integrarse, confrontarse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse y crear; desde el *estar*: socio-ritmos, entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia y etapas madurativas.

La necesidad de libertad también se potencia con la satisfacción de la necesidad de entendimiento de la salud sexual y reproductiva, y esta requiere desde el *ser*: autonomía, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia; desde el *tener*: igualdad de derechos; desde el *hacer*: discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer y meditar; desde el *estar*: plasticidad espacio temporal.

Por último, se potencia la necesidad de protección que requiere desde el *ser*: cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio y solidaridad; desde el *tener*: sistemas de seguros, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo; desde el *hacer*: cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar y defender; desde el *estar*: contorno vital y contorno social y moral.²³

Como puede verse, existe correlación entre los satisfactores de las diferentes necesidades, que se constituyen en un cimiento de posibilidades para intervenir la problemática de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Desde esta perspectiva, se plantea la siguiente propuesta que tiene especial interés en desarrollar satisfactores sinérgicos orientados a ofrecer oportunidades para que los adolescentes comprendan su sexualidad y satisfagan sus inquietudes y preocupaciones, en un espacio profesional que les garantice privacidad y confianza. De igual manera, se intenta aportar a los padres de familia y docentes elementos para desarrollar estrategias que les permitan generar satisfactores sinérgicos en la comprensión de la salud sexual y reproductiva de sus hijos y alumnos. En tal sentido, se considera que los programas de salud sexual y reproductiva deben orientarse hacia la satisfacción de las necesidades de los adolescentes, generando, por medio de la educación y la consejería, los siguientes satisfactores:

- La capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos responde a la necesidad de afecto.
- La posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no y la capacidad para decidir el número y espaciado de los hijos son satisfactores que responden a la necesidad de libertad.
- El derecho a obtener información le proporciona al individuo elementos para tomar decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia; responde a las necesidades de entendimiento y de libertad.
- El acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad satisfacen necesidades de protección y de libertad.
- La eliminación de la violencia doméstica y sexual y el derecho a recibir adecuados servicios de atención a la salud independientemente del sexo, la edad, la etnia, la clase, la orientación sexual o el estado civil de la persona, teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital, satisfacen las necesidades de protección.

En este orden de ideas, la salud sexual y reproductiva comprende una red de sentidos, significados y valores individuales y colectivos que define una cultura, representados en los comportamientos y actitudes de las personas y en la respuesta que da el Estado, a través de los sistemas de salud y educación, a las necesidades de la población.

Sobre las estrategias de consejería y orientación

El término consejería proviene de la palabra consejo, entendida como “el dictamen que se da o se toma para hacer o dejar de hacer una cosa”.²⁵ Para efectos de esta propuesta, se asume la expresión consejería como el encuentro con un experto para recibir información específica sobre un asunto que le genera al individuo inquietud, incertidumbre, temor o pudor de expresarlo públicamente. Se entiende también como el ofrecimiento de consejo para tomar decisiones informadas sobre la vida sexual de la persona.

La orientación se deriva de la palabra *orientar*, que significa “informar a alguien, darle datos y noticias a cerca de un asunto para que sepa a qué atenerse y cómo manejarse”.²⁵ A partir de esta definición y para efectos de esta propuesta, se establece la orientación como la información grupal o individual sobre temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, de interés común para un grupo específico.

Las estrategias propuestas

- Creación de un centro itinerante de consejería y de orientación en salud sexual y reproductiva, con enfoque de desarrollo humano, para los adolescentes y padres de familia, disponible por lo menos un día a la semana en cada institución educativa de básica secundaria.

- Diseño e implementación de un programa de orientación para los padres de familia sobre los diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva, con enfoque de desarrollo humano y articulado a la escuela de padres de las instituciones educativas.
- Diseño y desarrollo de un ciclo de capacitación en promoción de la salud sexual y reproductiva y el control de factores de riesgo, orientado a los docentes de comportamiento y salud de los grados 10 y 11 de las instituciones educativas.
- Inclusión del componente pedagógico sobre salud sexual y reproductiva con enfoque de desarrollo humano en los proyectos educativos institucionales de las instituciones educativas.

Metodología propuesta

Se sugiere desarrollar esta propuesta en todos los establecimientos educativos de básica secundaria, inicialmente con los estudiantes matriculados en los grados 10 y 11 y posteriormente con los grados previos a estos. Para ello, se recomienda conformar equipos de trabajo integrados por un psicoorientador, un profesional en enfermería y un profesional en desarrollo familiar, encargados de efectuar la consejería y orientación a los adolescentes y a los padres de familia y la capacitación de los docentes. Para garantizar la consejería y orientación integral del estudiante, se espera que estos asistan por lo menos a tres encuentros en el año con el experto: dos con el psicoorientador y uno, con el profesional en enfermería.

Se recomienda que la orientación a padres de familia se realice mediante un ciclo de cinco conferencias al año, con una duración de dos horas cada una, desarrolladas por el equipo profesional de consejería y orientación. Asimismo, se debe ofrecer a los padres de familia la posibilidad de aclarar sus inquietudes individuales por medio de la consejería atendida por el psicoorientador en un 60% y el profesional en desarrollo familiar, en un 40%.

Se plantea que se capacite al menos a dos docentes por colegio y que esta capacitación se realice en un ciclo de cuatro seminarios-taller al año, para cada grupo de docentes. Cada seminario-taller debe tener una duración de mínimo ocho horas, desarrollado por el equipo de consejería y orientación.

Respecto a la propuesta del centro itinerante, se sugiere que las instituciones educativas contraten con un grupo de profesionales que pueden acompañar el proceso por días y contratar con diferentes instituciones educativas. Además, se propone que las administraciones municipales integren las acciones de las secretarías de salud y educación para crear dicho centro itinerante en el municipio y garantizar cobertura a las instituciones educativas públicas.

Conclusiones

La comprensión de la adolescencia en el marco del desarrollo a escala humana es una propuesta de intervención que se

plantea para que las instituciones de educación secundaria ejecuten los programas de promoción de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes con un enfoque de reconocimiento de los satisfactores sinérgicos, en el que se debe comprometer en forma directa a los padres y a los docentes como adultos significativos del adolescente.

La consejería y orientación personalizada del adolescente y la capacitación de padres y docentes son estrategias de educación que se proponen como una convergencia de métodos, técnicas y servicios que contribuyan al bienestar y al mejoramiento de las relaciones personales, sociales y familiares del adolescente, previniendo y resolviendo los problemas propios de la salud sexual y reproductiva de este grupo poblacional.

El desarrollo de estrategias adecuadas de promoción de la salud sexual y reproductiva del adolescente, en espacios fundamentales como el hogar y el colegio, ayudan a minimizar los riesgos de embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual y abuso sexual, entre otros, para lo cual es indispensable aproximarse a sus necesidades y ayudar a desplegar los diferentes satisfactores sinérgicos propuestos en la teoría del desarrollo a escala humana.

Referencias

1. Colombia. Presidencia, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Hacia una política pública de juventud en Colombia. Bogotá: OPS/OMS; 2001. p. 26.
2. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000. Bogotá: Profamilia; 2000. p. 38.
3. Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza. Ginebra: OMS; 1995. p. 19.
4. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Planificación estratégica para el mejoramiento de la enseñanza y la práctica de la salud sexual y reproductiva: Guía metodológica. Washington: OPS/OMS; 2001. p. 7.
5. *Ibid.* p. 8.
6. Colombia. Presidencia. *Op. cit.* p. 25.
7. Antioquia. Dirección Seccional de Salud. Salud sexual y reproductiva. Medellín: DSSS; 2003. p. 65-66.
8. *Ibid.* p. 70.
9. *Ibid.* p. 71.
10. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Op. cit.* p. 9-10.
11. *Ibid.* p. 10.
12. Papalia DE, Olds SW. Desarrollo humano, con aportaciones para Iberoamérica. México: McGraw-Hill; 1997. p. 413.
13. Muñoz G. La mutación como alma de la investigación. En: Colombia. Presidencia. *Op. cit.* p. 66.
14. Colombia. Presidencia. *Op. cit.* p. 67.
15. Papalia DE, Olds SW. *Op. cit.* p. 413.

16. Papalia DE, Olds SW. *Op cit.* p. 426-427.
 17. Rice FP. Desarrollo humano: estudio del ciclo vital. México: Prentice-Hall; 1987. p. 441.
 18. *Ibid.* p. 429.
 19. Uribe TM. Hacia un nuevo enfoque de desarrollo humano. *Educ Invest Enferm* 1990;8(2):39-40.
 20. Colombia. Congreso. Ley 115 de 1994, febrero 8, por la cual se expide la Ley General de Educación. Bogotá: Congreso; 1994.
 21. Organización Mundial de la Salud. *Op. cit.* p. 67.
 22. Muñoz FG. Curso básico de sexualidad. En: Memorias del V Seminario Pareja y Sexualidad. Bogotá: El Seminario; 1989. p. 107.
 23. Max Neef M, et al. Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro. Santiago de Chile: Cepaur, Fundación Dåg Hammarskjöld; 1995. p. 42.
 24. *Ibid.* p. 30.
 25. Chemana R. Diccionario enciclopédico ilustrado de la lengua española. Barcelona: Ramón Sopena; 1965.
- Otra bibliografía consultada*
- Colombia. Ministerio de Salud. Taller local de conceptualización en salud sexual y reproductiva. Medellín: El Ministerio; 2000.
- Colombia. Presidencia, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Hacia una política pública de juventud en Colombia: herramientas para su construcción e institucionalización. Bogotá: OPS/OMS; 2001.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción. Antigua, Guatemala: OPS; 2000.
- Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Salud reproductiva y derechos humanos: integración de la medicina, la ética y el derecho. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2003.
- Tono MT, Velásquez L, Castañeda L. El impacto de la reforma sobre la salud pública El caso de la salud sexual y reproductiva. Bogotá: Fundación Corona; 2002.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC: OMS; 2002.
- Organización Internacional para las Migraciones, Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) Seccional Antioquia. Cartilla: Lecturas de silencios. Bogotá: OIM; 2002.
- Profamilia, Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). La situación de salud general y reproductiva de la población rural en Colombia. Bogotá: Profamilia; 2002.
- Rice FP. Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura. Madrid: Prentice Hall; 2000.
- Unicef, Municipio de Bello. Sexualidad y genitalidad en los jóvenes de 10 a 19 años en el municipio de Bello: factores riesgo y de protección, símbolos y significados. Bello: Unicef; 2004.
- Advocates for Youth, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). Guía para abogar por la salud integral de los/las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Washington: OPS; 1995.
- López A, Amorín D, Benedet L, et al. Adolescentes y sexualidad: significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo 1995-2004. Montevideo: Universidad de la República. Facultad de Psicología; 2005.
- Dulanto E. El adolescente. México: McGraw-Hill; 2000.