
**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN EN EL ESTADO
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD UPN 162, ZAMORA, MICH.**

**EL PROCESO DE ENSEÑANZA- APRENDIZAJE DE LOS
TALLERES COMUNITARIOS PARA EL AUTOCUIDADO EN
LA SALUD**

PRESENTA:

PATRICIA GALLEGOS ORTIZ

ZAMORA, MICH., NOVIEMBRE DE 2013

**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN EN EL ESTADO
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD UPN 162, ZAMORA, MICH.**

**EL PROCESO DE ENSEÑANZA- APRENDIZAJE DE LOS
TALLERES COMUNITARIOS PARA EL AUTOCUIDADO EN
LA SALUD**

T E S I S

*QUE PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN BÁSICA*

PRESENTA:
PATRICIA GALLEGOS ORTIZ

ZAMORA, MICH., NOVIEMBRE DE 2013

AGRADECIMIENTOS

El trabajo realizado en este informe de investigación no es sólo un logro personal, sino la suma de esfuerzos de varias personas, que aportaron ideas, opiniones, emociones, comentarios y experiencias en el quehacer docente durante la formación. Lo que conlleva a enriquecer la intervención educativa en un contexto no escolarizado.

Antes que nada deseo agradecer a la Universidad Pedagógica Nacional, unidad 162, por brindarme la formación académica que recibí en mis años de estudio de la maestría en educación básica. A los profesores agradezco enormemente la dedicación, compromiso y el constante apoyo para ser mejor cada día no solo académicamente, sino como persona.

Agradezco enormemente a la Dra. Rebeca Reyes Archundia, por su paciencia, dedicación y sobre todo por su orientación en ir construyendo y acompañando este trabajo de investigación. También quiero agradecer profundamente a la Dra. Ulrike Keyser Ohrt y el Dr. José de Jesús Valdovinos Capistrán, por su tiempo, sugerencias y observaciones que permitieron guiar el camino de constantes reflexiones.

Otro de los elementos importantes de este trabajo, es la Secretaría de Salud y personal del módulo de atención médica número 3 de Jacona, Michoacán, que me brindaron sus aportaciones, experiencias, observaciones y el espacio para lograr un acercamiento con el grupo de estudio, sin ningún obstáculo. Le agradezco a la Dra. Abril Daniella Ortega y a la enferma Beatriz Amézcu Collazo por su comprensión y apoyo incondicional durante todo el trabajo de campo. También agradezco sinceramente a los adolescentes que forman parte importante de mi labor educativa, gracias por compartir sus opiniones, por la confianza y la disponibilidad para un diálogo. Gracias Marcos, por tu iniciativa y motivación en cada taller, a Carlos, Francisco, Araceli, Andrea, Elina, Alma, Cristina y Juan por su compromiso y entusiasmo.

Por otra parte, agradezco a mi esposo Jhonatan Bayit Paz Hernández, por su comprensión y apoyo incondicional durante esta tarea. A mis padres Miguel y Guadalupe que siempre han estado motivándome a ser mejor cada día y a mis hermanos por ser el ejemplo de lucha y tenacidad.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO 1	
UNA APROXIMACIÓN A LA LABOR EDUCATIVA EN LOS TALLERES COMUNITARIOS PARA EL AUTOCUIDADO EN LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES	13
1.1 Antecedentes socioeducativos.....	14
1.2 Antecedentes de los modelos educativos.....	18
1.3 Diagnóstico socioeducativo – problemática.....	20
1.3.1. Datos socioeconómicos.....	22
1.3.2. Situación ocupacional de las unidades domésticas de los adolescentes.....	24
1.3.3. Datos socioculturales.....	26
1.3.4. Indicadores de enseñanza-aprendizaje de los talleres comunitarios para el autocuidado en la salud.....	27
1.4 Problematización.....	34
1.5 Justificación.....	35
1.6. Propósitos.....	36
1.6.1. Propósito general.....	36
1.6.2. Propósitos específicos.....	36
1.7. Fundamentos epistemológicos y metodológicos de la Investigación – Acción.....	37
1.7.1. Enfoque del racionalismo, empirismo y positivismo.....	37
1.7.2. Enfoque de la fenomenología, hermenéutica y teoría crítica.....	39
1.7.3. Fundamentos metodológicos.....	42
1.7.3.1. El proceso metodológico.....	45

CAPÍTULO 2	
DISCUSIÓN TEÓRICA SOBRE PROCESOS DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE DE LOS TALLERES COMUNITARIOS PARA EL AUTOCUIDADO EN LA SALUD	48
2.1. ¿Qué es la enseñanza y el aprendizaje desde el enfoque conductista?.....	49
2.2. El proceso de enseñanza- aprendizaje desde el constructivismo.....	51
2.3. El cognitivismo en contextos no escolarizados.....	52
2.4. Mirada sociocultural del proceso de enseñanza-aprendizaje.....	55
2.5. Articulación del constructivismo, cognitivismo y la teoría sociocultural	57
2.6. Los saberes socialmente productivos.....	61
2.7. Conceptualización de los talleres.....	63
2.8. Conceptualización de la didáctica.....	64
2.9. Temática de los talleres comunitarios para el autocuidado en la salud.....	66
2.9.1. Adolescencia.....	66
2.9.1.1. ¿Qué es la adolescencia?.....	66
2.9.2. Sexualidad.....	71
2.9.3. Métodos anticonceptivos.....	74
2.9.3.1. Métodos anticonceptivos temporales.....	75
2.9.3.2. Métodos anticonceptivos definitivos.....	79
2.9.3.3. Métodos anticonceptivos naturales.....	80
2.9.3.4. Otros métodos anticonceptivos.....	83
2.10. Género y salud.....	85
2.11. Violencia.....	87
2.11.1. Causas de la violencia intrafamiliar.....	89

CAPÍTULO 3	94
ALTERNATIVA EDUCATIVA DE LOS TALLERES COMUNITARIOS.....	
3.1. Planeación.....	95
3.2. Estrategias de implementación.....	100
3.3. Financiamiento.....	102
3.3.1. Recursos humanos.....	102
3.3.2. Recursos materiales.....	103
3.3.3. Recursos técnicos.....	104
3.4. Cartas descriptivas.....	105
3.4.1. Taller 1: adolescencia y sexualidad.....	105
3.4.1.1. Primera sesión.....	106
3.4.1.2. Segunda sesión.....	107
3.4.2. Taller 2: métodos anticonceptivos.....	109
3.4.3. Taller 3: género y salud.....	112
3.4.4. Taller 4: violencia intrafamiliar.....	115
CAPÍTULO 4	
UNA MIRADA A LA EDUCACIÓN NO ESCOLARIZADA DEL SECTOR SALUD.....	118
4.1. Intervención socioeducativa en los talleres comunitarios para el autocuidado en salud.....	119
4.1.1. Organización y planificación.....	119
4.1.2. Aplicación de los talleres comunitarios para el autocuidado en salud.....	121
4.1.3. Evaluación y replanificación.....	135
4.2. Aplicación de la segunda espiral de intervención socioeducativa.....	140
4.3. Aplicación de la tercera espiral de intervención socioeducativa.....	145

4.4. Evaluación de los talleres comunitarios.....	153
REFLEXIONES FINALES.....	157
BIBLIOGRAFÍA.....	162
ANEXOS.....	166

INTRODUCCIÓN

La educación conlleva a diversas aristas para comprender el contexto no escolarizado en donde se lleva a cabo la labor como facilitadora de talleres que articulan el aspecto educativo con la salud, ambos guiados a contribuir con el desarrollo social del país. Al respecto encontramos la influencia que se observa de los organismos internacionales en la forma de operar las políticas sociales y las recomendaciones principales para financiar el escenario socioeducativo.

Ante esta mezcla de sugerencias donde el papel de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, el Banco mundial y el Fondo Monetario Internacional plantean la necesidad de fortalecer la promoción en salud, atendiendo las tasas de morbilidad de sobrepeso y obesidad, como mecanismo para prevenir las enfermedades metabólicas como la diabetes. Lo cual dista de un acercamiento cualitativo y coyuntural de las problemáticas que presenta la salud pública de México, sino que parte de una interpretación de la globalización, generalizando la situación y los instrumentos a utilizar para tratar el fenómeno en una misma línea de acción lo que constituye un paliativo y no solución de los problemas en tema de educación para la salud.

Al respecto nos encontramos dentro de una óptica de educación no formal, en donde se apuesta poco a la educación en el autocuidado de la población, pareciera que el homogenizar el fenómeno de la prevención, solo consiste en fortalecer la promoción y no en generar espacios de diálogo, de capacitación tanto al personal como a la población en prevenir los padecimientos. Lo que nos lleva a situar una problemática educativa que es identificada dentro del módulo de atención tres de la ciudad de Jacona, Michoacán, perteneciente a la Secretaría de Salud, la cual se plantea en guiar el proceso de enseñanza- aprendizaje que reciben los adolescentes sobre autocuidado en salud, atendiendo la temática de sexualidad, género y violencia, así como la parte formativa y los aprendizajes esperados y no solo llevar a cabo un acto informativo que no propicia el ir construyendo una conciencia y criterio sobre el bienestar físico, psicológico y social del individuo.

Ante ello, nos planteamos las interrogantes de ¿cómo guiar el proceso de enseñanza- aprendizaje de los talleres?, ¿qué estrategias pedagógicas desarrollar para mejorar el proceso de enseñanza?, y ¿qué postura teórica orienta la intervención como facilitadora de los talleres?; la

respuesta nos conduce a la complejidad de una revisión seria sobre las bases teóricas que orientan el proceso metodológico y a su vez el actuar para solucionar la problemática, así como el aventurarnos a tratar de explicar el proceso de enseñanza- aprendizaje mediante el constructivismo sociocultural, en donde se da apertura al diálogo, la reflexión y acercamiento con la cotidianidad para elevar o potencializar los aprendizajes, como se describe en el capítulo 4 de este trabajo.

En cuanto a la segunda y tercera interrogante, no es sencilla la respuesta puesto que las estrategias que coadyuvan al desarrollo de la labor educativa se encuentran implícitas en el paradigma constructivista que fundamenta el cómo se lleva a cabo la enseñanza y es guiada por actividades de inicio, de desarrollo y cierre, que permiten diseñar el actuar y la selección de técnicas que abonan el ir construyendo el aprendizaje significativo en los adolescentes.

La tercera interrogante se centra en dos aspectos: el primero desde qué postura se interviene y se analiza el objeto de investigación, el cual se observa desde la teoría crítica para la transformación de la realidad y en segundo aspecto el conocimiento de la temática, en ello se plantea el análisis de su contextualización, causas y efectos para el diseño de medidas preventivas sobre la salud, que es explicado en el capítulo 2.

Por tanto, el esquema de este trabajo trata de abordar y dar respuesta a las interrogantes en su estructura mediante cuatro capítulos que se exponen enseguida:

Capítulo 1, es el parteaguas para explicar el contexto en el cual se llevó a cabo la investigación, señalando los aspectos de antecedentes de la labor educativa e institucional para un acercamiento con el contexto de estudio. Por otra parte se plantean los propósitos de la intervención, así como la justificación y los fundamentos epistemológicos y metodológicos de la investigación –acción que se desarrolla, desde la mirada de criticidad y encuadrando los puntos relevantes de la problemática identificada.

Dentro del apartado metodológico se da inicio a una revisión de las perspectivas epistemológicas de la investigación de corte cualitativo, para centrar las bases del quehacer de indagación en la teoría crítica y como perspectiva educativa del constructivismo sociocultural que orienta el accionar. En cuanto a los métodos que se abordan se encuentra, la etnografía, dialecto-

constructiva y la investigación- acción, mismo que se retoman y se define como método, la investigación – acción con la modalidad participativa, que parte de las estrategias metodológicas y técnicas de recolección de datos.

En el capítulo 2, se plantea la discusión teórica sobre el proceso de enseñanza- aprendizaje de los talleres, donde se revisan las aportaciones respecto a los paradigmas de la educación, revisando el conductismo, constructivismo, cognitivismo y la teoría sociocultural, que explican la mirada en que se aborda la enseñanza y el aprendizaje. Este apartado permite realizar una mezcla de propuestas de cual se observa el papel del docente y del discente, para poder comprender que sucede en un contexto no escolarizado.

Los paradigmas educativos que se señalan en este capítulo, permiten la articulación de un enfoque del constructivismo sociocultural, en cual se plantean aportes del cognitivismo, rescatando la cognición que es estimulada por el contexto social y las actividades que permiten activar el conocimiento previo para la nueva información, que a su vez es visto para el constructivismo sociocultural como aprendizaje significativo mediante la experiencia y la ejemplificación.

Este paradigma de constructivismo sociocultural articula dos enfoques, que apoyan a interpretar la tarea educativa de los talleres comunitarios y conforma el rol de la facilitadora para intervenir y describir la educación no formal que se brinda en el sector salud. Por otra parte, en este mismo capítulo se aborda la conceptualización de los talleres, la didáctica que delimitan la estrategia a utilizar y el contenido temático de los talleres, lo que orienta a ir construyendo las directrices de los temas a desarrollar.

La exposición temática de los talleres se centra en la sexualidad, género y violencia intrafamiliar, partiendo de un conocimiento teórico básico, como son los conceptos, las causas, los efectos o síntomas, para ir construyendo un aprendizaje desde lo básico y complejizarlo para la comprensión del mismo.

La planificación de la intervención, es otro de los aspectos medulares y constituye el medio por el cual es atendido el problema identificado en la primera fase de investigación, por lo que su desarrollo se observa en el Capítulo 3, que subraya el plan de acción a implementar para atender

la problemática de mejorar el proceso de enseñanza- aprendizaje, que plantea la planeación, estrategias, presupuesto y descripción de cada taller comunitario que se desarrolla en la intervención. Exponiendo en este apartado un orden lógico de las etapas para intervenir que describen el proceso cíclico de la ejecución, evaluación y sistematización, como momentos que se dan de forma simultánea.

Las etapas son 8 en las que se esbozan estas fases y enlistando las técnicas, estrategias y actividades a realizar en cada una de ellas, dando un recorrido desde el inicio con la presentación hasta la elaboración del informe final de la investigación. En este sentido podemos mencionar que representa el encuadre de las acciones y el diseño de las mismas nutriendo el quehacer profesional.

Por otra parte y dando respuesta a las interrogantes que se plantean en párrafos anteriores, se presenta la reflexión de la ejecución de lo planeado, donde no sólo es describir lo que sucede en el aula, sino también nos introduce a la interpretación de los hallazgos del actuar. Por tanto la complejidad de los hallazgos se centran en el Capítulo 4, que permite un recorrido en la aplicación de la alternativa educativa y replanificación y que es titulado “una mirada a la educación no escolarizada del sector salud”.

Es sin duda, la parte en que se citan los hallazgos de la ejecución del plan de acción, así como la descripción de la implementación de una propuesta educativa que potencializa el proceso de enseñanza- aprendizaje de los talleres, que a su vez teoriza el actuar educativo y permite abrir horizontes en los cuales se reflexiona y se plantean nuevas líneas de investigación a una problemática compleja como la educación no formal que busca el autocuidado de la salud en adolescentes.

En este sentido se subdivide el capítulo en varios apartados que orientan a un espacio en el que se da voz a los adolescentes mediante los talleres y se plasma la intervención no sólo de la facilitadora, sino de la participación y discusión que se vivencia dando una tonalidad y matizando la opinión de los adolescentes que van aprendiendo a hablar y escuchar sobre el autocuidado en salud, aportando ideas que permitan dar posibles soluciones en su vida cotidiana.

Otra de las partes importantes a subrayar es la evaluación la cual se plantea desde un enfoque cualitativo para la toma de decisiones en base a los resultados obtenidos de cada espiral implementada, haciendo un rescate de las aportaciones por escrito de los adolescentes y por otra el registro de las notas de observación, lo que permite categorizar los puntos a mejorar y mantener en la intervención educativa.

Por último y de igual importancia que los anteriores capítulos citamos las reflexiones finales de la investigación- acción, en las cuales los hallazgos toman un matiz para reflexionar en los componentes elementales de una enseñanza caracterizada en la confianza y apertura al diálogo y opinión de los participantes, así como el comprender la cotidianidad, antes de activar los saberes previos y poder articular ese contexto de marginación al autocuidado en salud como temas que los adolescentes experimentan y conforman una característica homogénea entre ellos el hablar de sexualidad, sin temor al prejuicio o al cuestionar lo que tal vez se da por visto y que precisamente el educador puede partir de un prejuicio o de las creencia que no contextualizan los intereses e inquietudes del grupo en el que se interviene.

Por tanto el desarrollo de este trabajo trata de analizar el proceso de enseñanza – aprendizaje de los talleres y a su vez permite hablar de un escenario donde son pocos los interesados en abordar la complejidad de las problemáticas educativas que afectan a la sociedad y el atenderlas de manera interdisciplinaria abonaría a las disciplinas de educación, ciencias de la salud y ciencias sociales, mediante la aportación teórica y de praxis que guíen a nuevas interpretaciones socioeducativas.

CAPÍTULO I

UNA APROXIMACIÓN A LA LABOR EDUCATIVA EN LOS TALLERES COMUNITARIOS PARA EL AUTOCUIDADO EN LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES

1.1. Antecedentes socioeducativos

Abordar el fenómeno educativo dentro de la esfera del sector salud no es tarea fácil, puesto que implica articulaciones y adaptaciones en la política social para ambos sectores, lo que indica el estudio que se realizó en el espacio geográfico de Jacona de Plancarte, Michoacán, dentro del módulo de atención médica 3 ubicado en la colonia Nueva España, donde hace seis años se ha dado este servicio bajo la operación del programa social Desarrollo Humano Oportunidades.

En este sentido, dicho programa nos lleva a los antecedentes de la aplicación de una política social que exige la educación para la salud, mediante pláticas y actualmente con talleres comunitarios en autocuidado. Por tanto surge en el 2010 la preocupación de fortalecer la labor del facilitador de temas para la prevención y promoción, así como mejorar los materiales didácticos.

Respecto a la acción de autocuidado, hace mención la Organización Mundial de la Salud (OMS) en que uno de los instrumentos de la prevención primaria es la educación para la salud, que aborda además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a un bienestar de la población.

Lo que conduce a observar la realidad nacional respecto a la salud y la educación informal como un gran reto en la tarea de prevención de enfermedades en los adolescentes. Por tanto, dentro del sistema a nivel internacional se reconoce la importancia de los procesos socioeducativos, para prevenir los padecimientos que aquejan a la sociedad, siendo marco referencial de ello la conferencia internacional en salud que manifiesta lo siguiente:

En 1978 en Alma Ata, URSS, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, del personal de salud, y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud, promulgó la Declaración de Alma Ata la cual, en algunos de sus aportes, habla del espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación que deben tener los individuos, familias y comunidades mediante la plena participación en su asistencia básica en salud; contempló como la actividad básica la Educación para la salud (García Ospina, 2001, pág. 2).

Esta declaración permite vislumbrar la prevención desde una perspectiva de desarrollo humano, colocando a la educación como la herramienta principal para que los individuos de la

sociedad actúen en beneficio de su inmunidad y de su entorno, así como cuestionar el papel y rol del personal de los servicios médicos en la función de educadores, en donde no sólo incluye a los actores sociales en material de salud, sino al conjunto de personal interdisciplinario que interviene en los procesos socioeducativos de prevención de enfermedades como lo es trabajo social y psicología.

A ello podemos argumentar que la articulación entre las propuestas internacionales en materia de educación y en salud, se encuentra ligada al fenómeno de la globalización, donde “la noción de educación va más allá de la distinción tradicional entre educación básica y educación permanente, y responde al reto de un mundo que cambia rápidamente” (Delors, 1993, pág. 18).

Esta aportación conlleva a reflexionar sobre el papel de la educación y la salud dentro del marco de las competencias, partiendo del fenómeno de la globalización y nociones de desarrollo, lo que conduce a observar la realidad y su complejidad en ambos campos sociales y la forma de interactuar en cuanto a la prevención y promoción a la salud.

Las connotaciones que se encuentran en estos campos son vistas desde perspectivas desarrollistas y funcionales, puesto que la educación y la salud, representan dos grandes esferas donde impactan los avances del país. Por tanto la propuesta de la reforma educativa con enfoque en competencias, no es aplicable en el escenario comunitario de los talleres para el autocuidado en la salud, porque los fines de la atención a la población sana de adolescentes se plantea en lograr un diálogo sobre el autocuidado, mediante la crítica a su entorno y la responsabilidad en sus acciones.

Como se menciona en párrafo anterior los propósitos que se persiguen en estos escenarios hacen incompatibles la propuesta de la reforma educativa, con enfoque por competencias, debido a que sería necesario el diseño de un mapa curricular y rúbricas de evaluación que permitan medir los avances por aptitudes del autocuidado. A diferencia del sistema de educación, los participantes no aprueban una asignatura, sino que su asistencia es de corresponsabilidad o voluntaria.

Centrando las ideas anteriores la configuración del grupo de estudio donde se implementó la alternativa educativa en contextos no escolarizados y con vinculación a la política social en salud, que parte de las sugerencias planteadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, donde menciona que se requiere de impactar en la disminución de la pobreza extrema y garantizar la igualdad de oportunidades, mediante las estrategias de programas sociales como Desarrollo Humano Oportunidades.

Reflexionando en cuanto a la educación basada en competencias y la educación no formal de los talleres, se puede decir que existe una articulación en la propuesta de la política social desde la óptica de la globalización, puesto que en ambos escenarios intervienen los organismos internacionales que influye en la ejecución y formas de operar los programas sociales a favor del desarrollo social en nuestro país.

Por otra parte podemos decir que el desarrollo social de nuestro país, nos lleva a cuestionar el papel que se ha desempeñado en la educación y la salud que actualmente exigen las organizaciones internacionales, para apoyar los proyectos que se implementan en beneficio del progreso nacional. Esta intervención extranjera se presenta, sin considerar las grandes desigualdades que enfrenta los sectores más vulnerables de nuestra sociedad mexicana para el logro de un avance.

Actualmente existe una participación importante del Banco Mundial, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico y el Fondo Monetario Internacional para la implementación de políticas públicas, puesto que representan un pilar para la dirección en las reformas estructurales que conducen a una economía neoliberal y de globalización del conocimiento en el ámbito educativo y salud. Estas aportaciones, nos hablan desde una perspectiva económica y no crítica que pueda evaluar la diversidad en la sociedad, así como las diferencias que se viven al interior de cada escenario donde se implementan, traduciéndolas en indicaciones sesgadas de un estudio cualitativo y coyuntural del modo de operación de los programas sociales y la deficiente infraestructura para adoptar las reformas y recomendaciones del extranjero.

Retomando el aspecto educativo y salud, constituyen dos elementos claves para mejorar el desarrollo y por ello la atribución de los organismos internacionales se observa de manera palpable desde una óptica economista y no con perspectiva social o formativa de capital humano. Puesto que las recomendaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico en el aspecto menciona que es necesario “fomentar la calidad y la rentabilidad de la atención, fortaleciendo la prevención de enfermedades y las iniciativas de promoción de la salud, sobre todo para atender el aumento de la obesidad y la diabetes” (OCDE, 2012, pág. 35). Es decir, que el nivel primario de atención médica, el cual interviene en padecimientos metabólicos como es la obesidad y el sobrepeso, sólo se centraría en disminuir las tasas de morbilidad y no al conjunto de problemáticas de la salud pública de nuestro país.

Lo cual subraya que el análisis es cualitativo y dista de una reflexión cualitativa de los datos de morbilidad de acuerdo al grupo de edad, para de ahí diseñar estrategias o sugerencias apegadas a las necesidades y problemáticas que se enfrenta y no a las estadísticas internacionales, dando un matiz homogéneo al sector de salud.

Por otra parte la prevención y promoción se encuentran como eje para fomentar la calidad y rentabilidad de la atención, lo que permite cuestionar ¿si es sólo el prevenir enfermedades o educar para el autocuidado, lo que permite mejorar la calidad de vida y por ello disminuir los costos de la atención médica? A ello se encuentra que se vincula con la inversión que el Estado destina para su población, así como menos gasto público en el abastecimiento de medicamentos y tratamientos, sin embargo esto no quiere decir que mejore la calidad de la atención médica, puesto que no existe un equipamiento y fortalecimiento de la infraestructura en clínicas y hospitales, se continua con los mismo espacios, sin equipos de alta tecnología, con límites en los cuadros básicos para las pólizas de seguro médico, los cuales solo cubren algunos diagnósticos y tratamientos y sin capacitación continua al personal médico para educar en el autocuidado a la sociedad.

Otro de los aspectos a valorar de la prevención, es que ni el personal médico, ni la población ha tomado conciencia de la importancia que tiene la educación para la salud, puesto que es más palpable para la sociedad recibir un tratamiento que de alivio a su problema físico, que responsabilizarse en cambiar un estilo de vida que perjudica el bienestar biopsicosocial del

mismo. Como vemos la problemática de educación no formal es un tema a debatir y estudiar dentro de este espacio.

1.2. Antecedentes de los modelos educativos

Retomando un poco de historia sobre los modelos educativos que se han implementado, datan del siglo pasado entre los cuales podemos citar cuatro modelos que nos ilustran la evolución de los avances educativos, que se presentan de la siguiente manera:

El maestro magister o mago: modelo intelectualista de la Antigüedad que consideraba al docente como un maestro o un mago que lo sabía todo y que no necesitaba una formación específica o de investigación porque su carisma y sus habilidades retóricas bastaban.

El maestro técnico: modelo que surge con las escuelas normales; la formación se basa en el aprendizaje imitativo de las prácticas del maestro experimentado, quien transmite al estudiante sus procedimientos y sus "trucos"; el formador es un practicante experimentado "modelo"; las habilidades técnicas son dominantes.

El maestro ingeniero, especialista en aspectos técnicos: en este tercer modelo el maestro utiliza las aportaciones científicas de las ciencias humanas, racionaliza su práctica e intenta aplicar la teoría a la práctica. La formación corre a cargo de teóricos especialistas del diseño pedagógico o de la didáctica.

El maestro profesional, practicante reflexivo: en este cuarto modelo, la dialéctica teoría-práctica es sustituida por un movimiento de práctica-teoría-práctica; el maestro se convierte en un profesional reflexivo capaz de analizar sus propias prácticas, de resolver problemas y de inventar estrategias (Altet, 2005, pág. 4).

Estos modelos nos permiten articularlos con la labor docente de los talleres, puesto que permite categorías de análisis para interpretar el actuar dentro de un contexto no escolarizado. Encontrando que la finalidad es desarrollar habilidades y aptitudes en los adolescentes, mediante la corresponsabilidad, así como el empoderamiento de un conocimiento que permita la criticidad de sus propios problemas y proponer estrategias de solución.

Las variantes que se observan en el grupo de estudio en cuanto a los procesos socioeducativos se centran en los factores, de la pobreza extrema, el bajo nivel de interés y motivación por aprender, así como limitaciones de tiempos y espacios adecuados, existiendo barreras de comunicación, puesto que es común observar en el desarrollo de los talleres el ruido

de los autos o conversaciones de vecinas que están cerca del espacio donde se imparten las sesiones educativas, lo cual constituye una forma de distractor en el procesos de aprendizaje.

En cuanto a la formación docente o de mediador, se relaciona por no recibir adiestramiento en el conocimiento del manejo en dinámica de grupo, se desconoce respecto a procesos psicopedagógicos que permitan guiar y elevar los saberes. Se tiene una perspectiva sólo de estrategias de exposición, sin realizar técnicas grupales que favorezcan el desarrollo de habilidades en los participantes, puesto que la plática consta de exponer en una hora la patología, causas y medidas preventivas.

En este sentido la educación para salud en su tarea de prevención invita a considerar las aportaciones del enfoque sobre la mediación; “donde se busca que el propio mediador sea el primero en modificar las deficiencias de él, para poder llegar al educando” (Tebar Belmontes, 2003, pág. 3). Que nos lleva a reflexionar sobre la práctica como facilitadora, puesto que es necesario partir de conocer las debilidades en el actuar sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje, para lograr un verdadero aprendizaje en los adolescentes.

Articulando con el escenario no escolarizado, se puede mencionar que existen además de la reflexión en práctica docente otros factores que influyen en el actuar, entre lo que se cita la influencia de lo político, económico y social que contribuyen a ir modificando la práctica o no considerar la educación para la salud como un eje de la prevención que impacta en el desarrollo social del país. Si observamos que en cada sexenio se establecen nuevas líneas de actuar que reestructuran los procesos socioeducativos en temas de promoción a la salud, dejando incompletos y sin evaluación los avances en esta material.

Por tanto, es necesario que sea un propósito dar continuidad y fortalecimiento a la educación no escolarizada dentro de las esferas de lo político, económico y social, lo cual no es tarea fácil, sin embargo, se puede iniciar mediante la educación para la salud, donde el adolescente sea consciente de su entorno, identifique sus recursos para que tome decisiones y con ello contribuye a la modificación de lo social y económico que está su alcance, los impactos

que se logren en esa consciencia de los participantes lo impulsará a la colaboración política en su contexto social.

La educación para la salud, en su tarea de acción preventiva funge como instrumento para generar espacios de participación y comunicación social que a la par con la formación busca la articulación de atender un grupo vulnerable, que el sistema educativo y de salud los incluya y les brinde atención integrada que les permita desarrollarse. Por tanto la función o papel que desempeña el promotor o facilitador, coadyuva a guiar procesos socioeducativos con actividades, considerando lo siguiente;

El cuidado, conservación, prevención y fomento de la salud son sus fines. Con los personajes de educadoras, economistas, salubristas, sociólogos que están de acuerdo en que la salud es un bien supremo y base de toda acción humana (Álvarez Ruales, 1969, pág. 1)

Como vemos el sector salud y el aspecto educativo se mezclan para cumplir con los derechos individuales de cada hombre, lo que conllevaría a cuestionar si se está cumpliendo o respetando la garantía de tener acceso a los servicios médicos, puesto que actualmente nuestro país no cuenta con la infraestructura suficiente para cumplir lo que se encuentra escrito en el artículo 4to. Constitucional y así los programas sociales se plantean como paliativo en la solución de las problemáticas sociales.

Por lo que el camino hacia un desarrollo comunitario, mediante la educación para la salud, es largo y con un gran reto de construir y modificar los procesos socioeducativos en los adolescentes beneficiarios del programa Desarrollo Humano Oportunidades.

1.3. Diagnóstico socioeducativo – problemática

El espacio geográfico en el cual se llevó a cabo el estudio diagnóstico de la situación educativa en el sector de salud, se ubica en el módulo 3 de atención médica, localizado al interior de la colonia Nueva España de la ciudad de Jacona de Plancarte, Michoacán; que colinda con el

fraccionamiento Francisco Villa al norte, el Cerro de la Cruz al sur, al poniente el centro de la ciudad y al oriente la localidad de Tamándaro y el Platanal, como se percibe en el siguiente mapa.



Mapa 1 representa el croquis de la ubicación del área de estudio

Como se observa en el mapa de la parte superior, el lugar de estudio forma parte de la periferia de la ciudad de Jacona, lo cual es uno de los indicadores de marginalidad para la población. Por otra parte las características del módulo de servicio médico corresponden en cuanto al espacio aproximadamente 8 metros de ancho y 6 de largo, está construido de materiales duraderos, como se aprecia en la imagen 1 que se encuentra en la parte inferior. Otra característica es que se observa es en la falta de capacidad de espacio para atender la demanda de los beneficiarios del programa, ya que se tienen inscritas a 600 familias.



Imagen 1 Módulo de atención médica N.º 3 Jacona, Michoacán.

Los servicios que se proporcionan son consulta externa, planificación familiar, promoción y educación para la salud. El personal está constituido por un médico, una enfermera, una trabajadora social y una nutrióloga. Los espacios se centran en un consultorio, una sala de espera, un baño, una farmacia y un patio techado con láminas de asbesto, de aproximadamente tres metros de ancho y seis metros de largo, donde se imparten los talleres comunitarios, no se cuenta con mobiliario adecuado ni suficiente.

Por otra parte para el ejercicio del estudio se conformó un grupo de adolescentes integrado por ocho mujeres y cuatro hombres, que se encuentran estudiando en el periodo de investigación en el nivel de Educación Media superior.

Para el levantamiento de datos y proceso de estudio se utilizaron los instrumentos de cuestionario socioeducativo, entrevistas y observación, los cuales apoyaron a la categorización de los resultados en los aspectos socioculturales, socioeconómicos y educativos que influyeron en el proceso de enseñanza- aprendizaje. Analizándolos desde una perspectiva socioeducativa, con las aportaciones teóricas de los paradigmas del conductismo, constructivismo y teoría sociocultural, como unidad de análisis en los conceptos de enseñanza, aprendizaje y evaluación los cuales son expuestos en los siguientes apartados que describen las características del grupo y hallazgos de la fase del diagnóstico.

1.3.1. Datos socioeconómicos

Una de las características encontradas en el grupo de adolescentes, es de pertenecer a un estrato socioeconómico bajo o en estar en extrema pobreza, puesto que más de la mitad de las familias sólo perciben el salario mínimo, lo que forma parte de los factores para que no asistan y manifiesten limitaciones de tiempo porque laboran y estudian, así como en algunos de los casos presentan bajo rendimiento académico.

Analizando los datos obtenidos del cuestionario socioeducativo a los adolescentes, podemos vincularlo a las observaciones que plantea la reforma integral de educación media superior en cuanto a las problemáticas que identifican subrayando que;

“entre los problemas internos que afectan a la educación, podemos destacar baja cobertura y eficiencia terminal, altos índices de reprobación y deserción, así como bajos niveles educativos. Dentro, del grupo de edad de entre 16 y 18 años, sólo 58% de los jóvenes recibe educación media superior; de ellos, sólo 60% logra concluir sus estudios. Las principales razones para abandonar los estudios son problemas sociales, económicos y altas tasas de reprobación; sin embargo, la deserción también se debe a falta de orientación y motivación para continuar y terminar este nivel educativo” (SANTILLANA, 2009, Pág.1).

Las razones que se plantean en el aspecto socioeconómico por las cuales abandonan la educación se articulan con los motivos de no cumplir con la corresponsabilidad y asistencia a los talleres, así como de presentar una sobrecarga académica, laboral y moral al interior de las unidades domésticas en que habitan.

Estructura de la unidad doméstica			
Indicador	Variable	Cantidad	Porcentaje total
Tipo de unidad doméstica	Monoparental	6	50 %
	Nuclear	5	42%
	Sin contestar	1	8 %
Número de integrantes en la unidad doméstica	1-3	4	34%
	4- 6	6	50%
	7-9	1	8%
	10 – más	1	8%
Miembros que laboran en la unidad doméstica	1-3	8	67%
	4-6	2	16.5%
	7-9	0	0 %
	Sin contestar	2	16.5%
Nivel de ingresos	- 2500.00	7	58%
	2500- 5000	2	17%
	5000-7500	1	8%
	Sin contestar	2	17%

Cuadro 1 Indica la composición familiar y el comportamiento económico de los grupos domésticos.

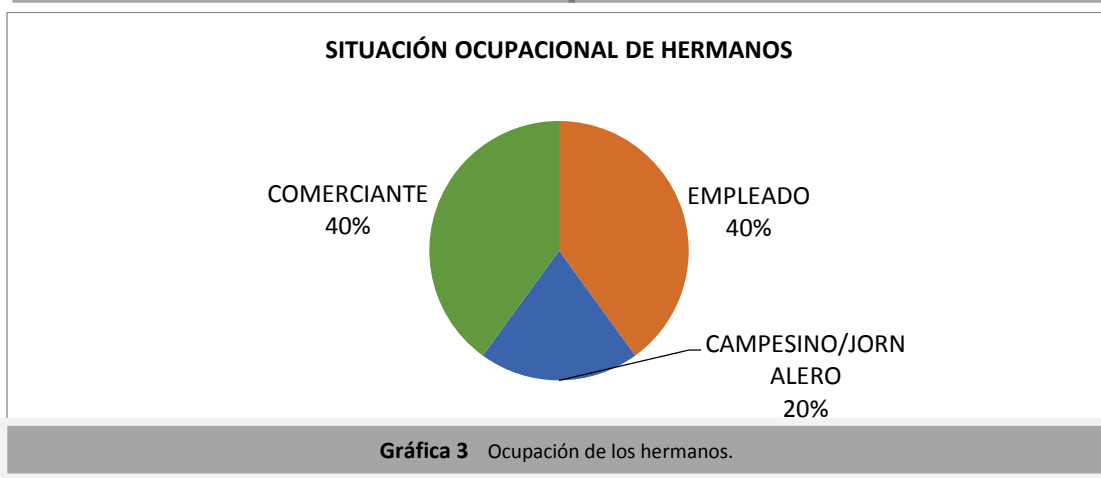
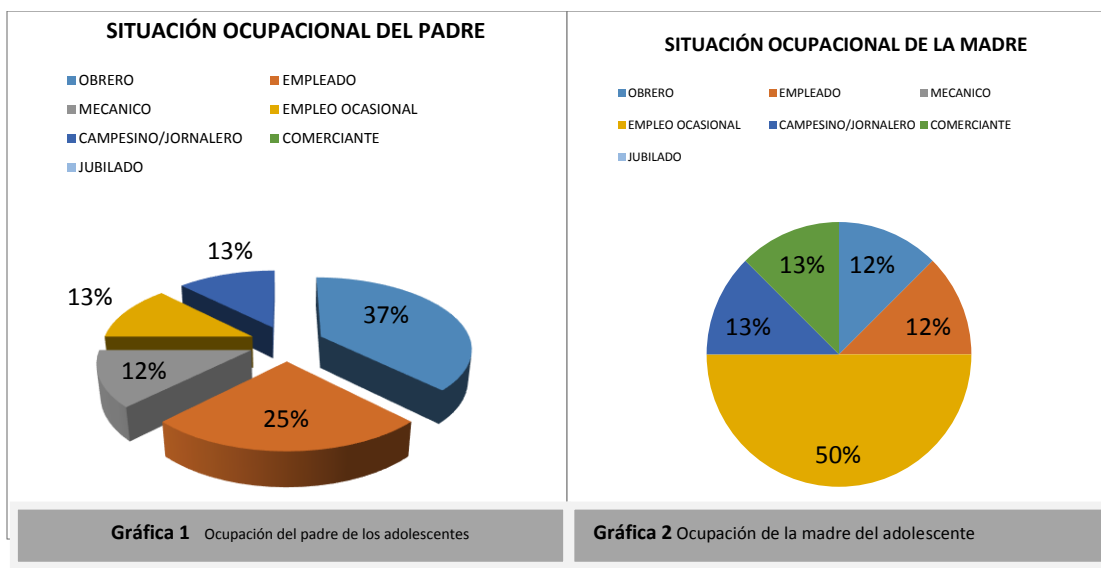
Por otra parte la composición de las unidades domésticas está conformada de cuatro a seis miembros, de los cuales lo integran la madre e hijos, siendo una característica, la familia de tipo monoparental, debido a la separación de los padres y por tanto la jefatura femenina muestra un porcentaje del cincuenta por ciento, lo que afecta directamente en su dinámica. Así como presentar problemas por exceso de labores dentro y fuera del hogar, no contar con tiempos libres y desempeñar roles o papeles de padre o proveedor a temprana edad.

Lo anterior nos lleva a un escenario de lo doméstico, donde la mitad de los adolescentes, además de cumplir con las obligaciones académicas, también apoyan a las tareas del hogar y en algunos de los casos, estudian y trabajan, para contribuir a la economía familiar, asistiendo a los talleres con apatía y cansancio para participar y/ o discutir en las sesiones de autocuidado.

Otro de los aspectos importantes es la presión económica de los grupos domésticos, como lo muestran los porcentajes del cuadro 1, señalando que la cantidad de miembros que constituyen a una familia en su mayoría son de 4 a 6 integrantes de los cuales de 1 a 3, son los que aportan ingresos. Lo que indica el nivel de consumo es seis y las entradas solo una, generando un desequilibrio, por lo que son vulnerables a la inestabilidad económica y dependencia de la asistencia social.

1.3.2 Situación ocupacional de las unidades domésticas de los adolescentes

En este rubro, nos permite analizar que el estrato socioeconómico de las familias beneficiarias es bajo, puesto que la ocupación se relaciona con el nivel de ingresos que se tiene en las familias o grupo doméstico, lo cual se puede observar en las gráficas 1, 2 y 3, la situación ocupacional de las unidades domésticas del total de los adolescentes, en cuanto a la figura paterna es del 37 % que se desempeña laboralmente como obrero, dentro de una agroindustria, en seguida con el 25% empleados, mientras que el 12% es inestable dentro del mercado laboral, es decir días labora en el campo o de albañil y días no labora.



Estos datos indican que a pesar de que la mayoría son obreros, no garantiza el contar con la seguridad social para las familias y la estabilidad dentro de este espacio laboral. Mientras que el 38% de los padres, se insertan en el mercado laboral informal, sin ninguna prestación y sueldo fijo. Lo que provoca que más integrantes de la familia participen en la economía familiar y por consecuencia no continúen los estudios después de la preparatoria o bachillerato.

En cuanto al dato de las familias monoparentales, la participación de las madres trabajadoras se centra en el mercado informal, como obreras en congeladoras, que se categoriza como empleo ocasional, debido a que sólo laboran en temporada de la fruta o verduras que se procesa en las agroindustrias. El 50 % restante se fragmenta en las ocupaciones de obrera permanente o con contrato definitivo representando el 12%, con el mismo porcentaje se

encuentran las empleadas de empresas o tiendas, y con el 13% comerciantes de fruta, gelatinas, comida, zapatos, ropa, etc., y el resto jornaleras que se vincula con el corte de fresa o trabajar en labores campesinas.

En cuanto a los hermanos son tres variables de ocupaciones entre las cuales con el mismo porcentaje que corresponde al 40 % en las actividades de comercio y empleados y solo el 20 % acude a las labores de corte de fresa. Lo anterior nos permite reflexionar que tanto la ocupación de la madre como de los hermanos se encuentra en el mercado informal, sin una garantía de la seguridad social y los ingresos son variados, así como de recibir un ingreso bajo a depender del comportamiento de las ventas de los artículos que venden para subsistir.

1.3.3. Datos socioculturales

Los hallazgos en cuestión de las características socioculturales, permiten identificar hábitos de estudio, intereses y motivaciones de los adolescentes respecto a lo educativo y de participación social. Los datos muestran que el nivel de escolaridad en que se encuentran es de educación media superior, con antecedentes familiares de que la mayoría han cursado educación básica y sin ningún referente de estudios profesionales, lo que indica poca motivación y alto interés a la inserción laboral, así como deseos de emigrar a otro país.

Los datos estadísticos y la observación reflejan que no se tiene hábitos de lectura, puesto que lee de uno a tres libros considerando los de obligación por tareas escolares, así como un mal uso del tiempo libre, ya que se destinan a ver televisión de una a tres horas diarias y el tipo de programación de elección son novelas y caricaturas y sólo uno de doce ve programas formativos como documentales. Por tanto, las estrategias de análisis de conceptos y lecturas les parecen poco interesantes y con dificultad para la comprensión, así como aburrimiento durante los temas teóricos.

Aspectos socioculturales

Indicador	Variable	Cantidad	Porcentaje
<i>Uso del tiempo libre</i>	Actividades Deportivas	8	69%
	Actividades Sociales	3	23 %
	Actividades Religiosas	1	8%
	Actividades Política	0	%
<i>Horas que destinan a ver la televisión</i>	1- 3 horas diarias	11	92%
<i>Programas de televisión que les gusta ver</i>	Caricaturas	4	33%
	Novelas	4	33%
<i>Libros que leen al año</i>	1 – 3	6	50%
<i>Lugares que desean conocer o de interés</i>	Viajar al extranjero	5	46%
	Lugares recreativos	5	45%

Cuadro 2 Representa los datos estadísticos de los cuestionarios aplicados a los adolescentes

El cuadro 2, muestra el concentrado de las opiniones de los adolescentes respecto a la recreación y uso del tiempo libre, ya que estos indicadores aportan el consumo televisivo, la ausencia de hábitos de estudio y lectura, mismos que han sido justificados en párrafos anteriores y que corresponden al nivel socioeconómico de los adolescentes, la capacidad adquisitiva de las familias no provee para obtener libros o programas de calidad formativa, puesto que sólo tienen acceso a los canales libres, sin generar costos adicionales al gasto familiar.

1.3.4. Indicadores de enseñanza – aprendizaje de los talleres comunitarios para el autocuidado en la salud

En el apartado de aspectos educativos del cuestionario aplicado, se obtuvo información respecto a la percepción de los adolescentes en cuanto a la forma en que se llevan a cabo los talleres, considerando el papel de la enseñanza y el aprendizaje como puntos centrales, así como los datos de las entrevistas y observaciones, responden a los indicadores de conducción del taller si es con precisión y adecuados, respondiendo a ello los 12 participantes afirmativamente, mientras que la

claridad y precisión el 33% responde que no es clara y precisa, lo cual se vincula con el porcentaje del indicador de los materiales didácticos puesto que son percibidos como no atractivos ni adecuados para la construcción del conocimiento y dificultad para comprender los términos médicos.

Percepción de la enseñanza en los talleres comunitarios			
Indicadores	Variable /porcentajes		
	Precisa y clara	Parcialmente precisa y clara	Confusa
Conducción	100%	%	%
Temática	67%	33%	%
Material utilizados	didáctico 42 %	58 %	%

Cuadro 3 Muestra los porcentajes obtenidos de los cuestionarios aplicados a los adolescentes que participan en los talleres.

Por tanto la tarea de enseñanza no es fácil, ya que los datos que muestran los cuestionarios¹ respecto a la enseñanza, arrojan como resultado adecuada la conducción, sin embargo no hay un impacto en los aprendizajes de los mismos, puesto que se busca que ellos realicen acciones en pro de su salud y esto no se refleja en los motivos de consulta externa que se les brinda en el módulo, siguen acudiendo a la atención médica sin practicar acciones de prevención, como malos hábitos higiénicos, embarazos en adolescentes y presencia de maltrato intrafamiliar. Cabe mencionar que la percepción adecuada de la conducción sólo es un indicador de la enseñanza, por lo que en la impartición de talleres se observa la falta de experiencia de la facilitadora para el trabajo con adolescentes, conocimiento del lenguaje entre jóvenes y la definición del estilo de enseñanza, así como la rutina en el mismo taller, que observa con la exposición de los temas con los mismos materiales, sin la utilización de técnicas que inciten más a la participación.

¹ Ver apéndice A

Las actitudes para asistir a los talleres se encuentran por una parte apáticas, mismas que refiere en las entrevistas el personal médico y de enfermería, mencionando que es un grupo difícil, al cual se le observa poco interés por aprender y participar, puesto que es frecuente que las madres buscan justificar la inasistencia de los hijos a los talleres y es casi nulo el compromiso por realizar las actividades que se implementan en la parte educativa, existe indiferencia y un alto índice de inasistencia.

Uno de los puntos clave de la indagación diagnóstica, permitió situar conceptos sobre el proceso de enseñanza – aprendizaje los cuales se describen en el cuadro 4. Como se puede apreciar, la intervención es mediante un método expositivo que refuerce los saberes de los adolescentes, sin embargo no es funcional para el impacto que se pretende, puesto que se busca cambiar hábitos en el estilo de vida que les permita el autocuidado en salud.

Percepción de elementos del proceso de enseñanza- aprendizaje	
Concepto	Interpretación
Evaluación	Se lleva a cabo en dos momentos: inicial y final.
El adolescentes	Es visto como un sujeto receptor de la información, hay poca participación en los debates o discusiones de las sesiones.
Motivo por el que participan en los talleres	Obligación del programa y preocupación por el apoyo económico que les brinda el programa. Una tercera parte menciona tener interés en aprender información básica, puesto que sus intereses vocacionales se centran en estudiar profesiones en áreas de ingenierías o licenciaturas en educación.
Estrategias	Se basa en definir objetivos por sesiones, bajo una secuencia y reforzamiento de mensajes informativos. El método es expositivo, combinando el aprendizaje participativo y retomando las experiencias previas sobre el tema.

Cuadro 4 Estructura de acuerdo a los datos obtenidos en las entrevistas, observaciones y cuestionarios.

El aspecto de la infraestructura de la unidad médica, ha sido uno de los puntos cruciales, puesto que se presenta como una de las necesidades prioritarias de los participantes y que influye de manera importante en el clima de aprendizaje. El cuadro 5 sobre organización y gestión de los

recursos, indica que el 100% considera que el lugar donde se imparten los talleres es inadecuado, así como el mobiliario con el que se cuenta en la institución. En este apartado se observa que existe una deficiencia organizacional que impacta en la infraestructura y en los tiempos destinados para la ejecución de las sesiones educativas para adolescentes, debido a que los horarios por parte de los beneficiarios no se ajustan a la programación de la unidad médica, puesto que algunos estudian por la mañana y otros en la tarde y se encuentran realizando prácticas en instituciones.

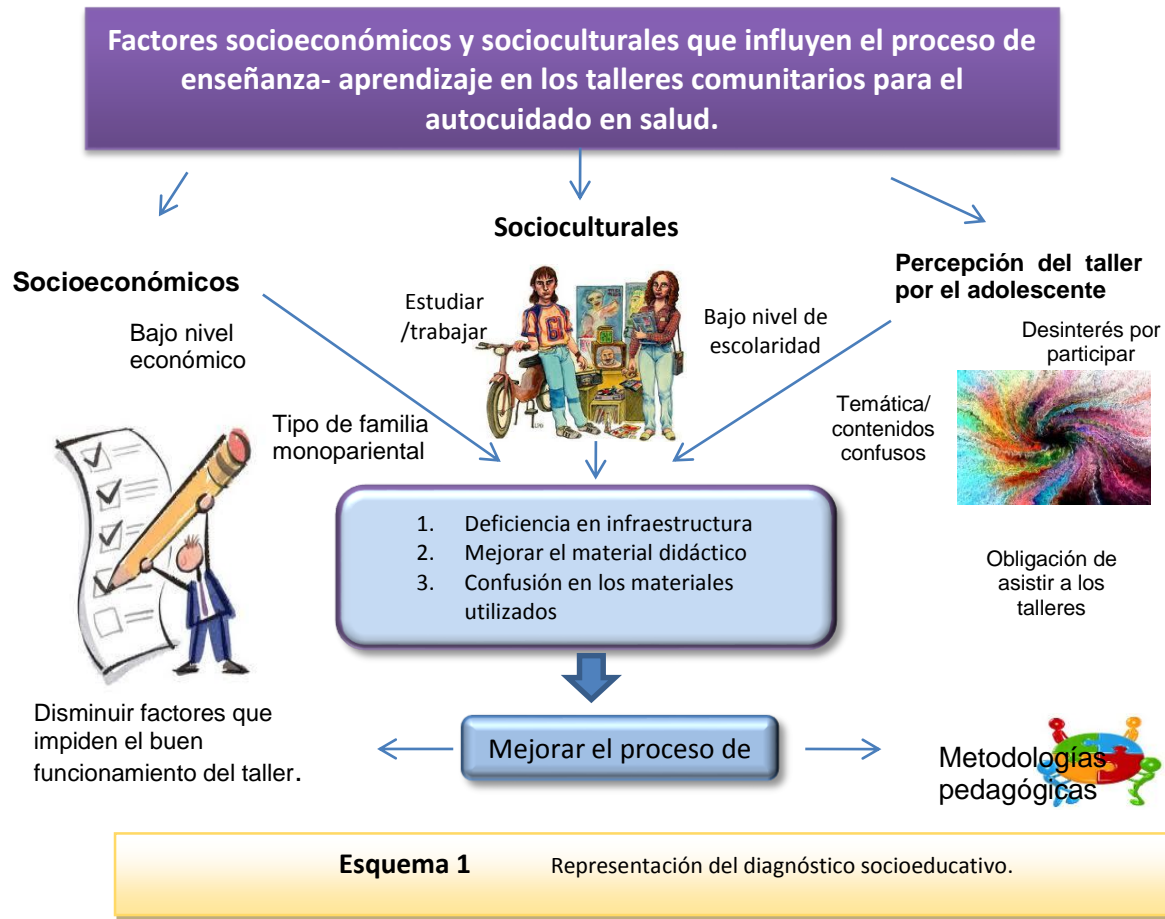
Organización y gestión de los recursos			
Indicador	Variable /porcentajes		
	Adecuado	Parcialmente adecuado	Inadecuado
Espacios			100%
Horarios	20%	64%	16%
Papelería		80%	20%
Mobiliario			100%
Asistencia	25%	50%	25%

Cuadro 5 Percepción evaluativa de la infraestructura

Lo mencionado en el anterior párrafo se relaciona a su vez con la inasistencia y el desarrollo del taller, por las distracciones, que conforman una tarea difícil para la facilitadora en centrar la atención y apoyar los procesos de aprendizaje, ya sea por los ruidos de los autos, el momento de soldar o armar una puerta del vecino de la casa trasera, así como las conversaciones de las personas que están esperando consulta y no contar con mobiliario que les permita escribir o realizar algún ejercicio para la reflexión del tema. .

Por tanto, se pueden analizar los resultados, mediante el esquema 1, donde la interacción de los factores socioeconómico, socioculturales y de percepción de los adolescentes respecto a los talleres, se identifican unidades de análisis de problemas económicos en el hogar, lo que

conlleva a que los adolescentes participen además de lo académico en lo laboral y asistir al taller sea percibido como una obligación, que el acudir motivados por un interés de cuidar su salud. Lo que permite observar la articulación entre los factores económico con los culturales, es decir que la problemática de inasistencia y poca participación se vincula a las necesidades económicas, así como el no contar con tiempo libre, tener pocas opciones de recreación y acceso a las actividades culturales.



En cuanto al proceso de enseñanza- aprendizaje de los talleres comunitarios y sus unidades de análisis, podemos resaltar que el papel de la facilitadora, las aportaciones de la percepción de los adolescentes y las observaciones, nos guían a interpretar que la temática, el lenguaje utilizado, los materiales y metodología conforman el eje medular que debe ser mejorado y diseñar una directriz que mejore la situación educativa de un espacio no escolarizado, tomando en cuenta los factores de infraestructura y formación en la docencia.

Retomando y analizando el esquema 1, los factores socioeconómicos influyen en las cuestiones de tiempo y presión económica, que generan poca disponibilidad, mucha apatía y preocupación por realizar diversas actividades de índole económica y descuidando la parte educativa y corresponsabilidad en el programa que son beneficiarios.

En cuanto a las características socioculturales se puntualiza, el mal uso del tiempo libre, que se relaciona con el estrato social al que se pertenece, pocos hábitos de lectura y desinterés por realizar actividades sociales y políticas en su comunidad, vista esta última como organización de barrio o de colonos. Lo que influye de manera directa en la participación en los talleres, puesto que en su mayoría les es difícil expresar sus opiniones, hacer aportaciones o comentarios sobre dudas o intereses de la temática. Por otra parte el adolescente muestra temor a la crítica y apatía.

En otro orden de ideas, los elementos de la estrategia metodológica de enseñanza, la temática y la infraestructura, constituyen la parte medular del diagnóstico, puesto que los hallazgos se centran en que la facilitadora desconoce las metodologías didácticas para guiar los procesos de enseñanza- aprendizaje, aunque la conducción es percibida como adecuada por los adolescentes, que acercándonos a una valoración de impacto sobre los aprendizajes, nos arrojan bajo impacto en la aplicación de los conocimientos en su cotidianidad.

Por tanto el tejido de las unidades de análisis muestra que las problemáticas detectadas en la tarea socioeducativa sentidas por los adolescentes y el equipo colaborativo son:

1. Deficiencia en infraestructura
2. Mejorar el material didáctico
3. Confusión en los materiales utilizados
4. Bajo impacto en los aprendizajes para el autocuidado en salud
5. Deficiencia en el manejo y dominio de metodologías didácticas y pedagógicas

El análisis de los datos que se presentaron anteriormente, conducen a ir construyendo la problemática central del estudio socioeducativo, por lo que la tarea de priorización y jerarquización se describe, bajo el criterio de dos clasificaciones: a) metodología del proceso de

enseñanza- aprendizaje y b) factores que influyen en el proceso de enseñanza aprendizaje y ambas relacionadas a la praxis socioeducativa en escenarios de la educación para la salud, que se expone de la siguiente forma:

Clasificación

a) Metodología en el proceso de enseñanza- aprendizaje

- 1. Deficiencia en el dominio de metodologías pedagógicas por parte del facilitador de talleres comunitarios.** Esta problemática se relaciona con la intervención educativa del facilitador, ya que se basa en la aplicación de fichas didácticas, para desarrollar el taller, careciendo de herramientas pedagógicas y didácticas para llevar a cabo una mediación que apoye la construcción del conocimiento de los aprendices.
- 2. Bajo impacto en los aprendizajes para el autocuidado en salud.** Los datos que se observan en la consulta son de poca concientización sobre los cuidados y medidas preventivas en violencia intrafamiliar y mal uso de métodos anticonceptivos. El interés que refieren los adolescentes se centra en las temáticas de métodos anticonceptivos, sexualidad y violencia y no en temas como diarreas agudas o infecciones respiratorias, sobrepeso y obesidad, que corresponden a los contenidos que deben abordarse por el programa social.
- 3. Material didáctico confuso y poco entendible para las y los adolescentes.** Los materiales didácticos los constituyen unos rotafolios elaborados de cartoncillo e imágenes de contextos rurales e información más enfocada a prácticas sociales de una sociedad rural, los cuales son poco llamativos, no tienen color y en un tamaño pequeño para la lectura de la información. En cuanto al contenido, es muy básico y carece de fuentes de consulta científica.

b) Factores que influyen en el proceso de enseñanza- aprendizaje

- 1. Mejorar la organización y planeación de los talleres comunitarios.** Es referente a que los horarios que planteaba el módulo de atención médica no son compatibles

con los disponibles por los adolescentes, puesto que se encuentran estudiando en la mañana y otros en la tarde, lo cual afecta la asistencia y la participación de los mismos, debido al poco tiempo para estar en los talleres y la institución de salud sólo ofrece servicios en turno matutino, lo que deriva necesidades de flexibilidad a la programación y planeación de los talleres.

2. **Deficiencia en infraestructura.** No se cuenta con un espacio adecuado, ni con el mobiliario para la impartición de los talleres, puesto que se llevan a cabo en un lugar techado de lámina de asbesto, así como bancos de madera y plástico que se encuentra parcialmente al aire libre.

Lo anterior conduce a plantear la problemática socioeducativa de ¿Cómo guiar el proceso de enseñanza – aprendizaje de los talleres comunitarios para el autocuidado en salud del módulo 3 de atención médica en Jacona, Michoacán, dirigido a los adolescentes beneficiarios del programa Desarrollo Humano Oportunidades?

El análisis de estas dos clasificaciones y la subdivisión de necesidades identificadas en el contexto no escolarizado con el grupo de adolescentes, nos conduce al planteamiento de como guiar el proceso de enseñanza – aprendizaje, centrándonos en la deficiencia del manejo de métodos didácticos, estrategias pedagógicas, que afectan directamente a la educación que se les brinda, así como en la calidad de la misma, sin observar un impacto de mejora en su cotidianidad. Por otra parte la segunda clasificación en cuanto a la infraestructura, organización y planeación se propuso abordarla de forma simultánea al proyecto de intervención en el proceso de enseñanza- aprendiza, que permitirá a la par atender las necesidades, sin descuidar la problemática central.

1.4. **Problematización**

Los datos obtenidos de cuestionarios, entrevistas y observaciones nos muestran una situación socioeducativa en los siguientes indicadores que influyen directamente en los talleres,

conformándolos: adolescentes, facilitadores, organización, infraestructura, enseñanza y aprendizaje.

En cuanto al indicador de los adolescentes, las características en la cuestión sociocultural y socioeconómica, afecta en el interés, disponibilidad y aplicación de las medidas de prevención de la temática abordada, esto debido a tener varias ocupaciones, como estudiar, apoyar de manera económica o moral a sus familias.

Por otra parte, la organización es vista con deficiencia, puesto que no se cuenta con todo el material y recursos didácticos, planeación del tema, espacios y mobiliario. En cuanto a la enseñanza se carece de un dominio en la temática propuesta, pues la formación de la facilitadora es en áreas sociales y no en ciencias de la salud, lo que afecta en el aprendizaje y calidad del mismo. Las metodologías y estrategias pedagógicas que se implementan no son adecuadas a la problemática identificada, por lo cual es necesario diseñar y seleccionar métodos, técnicas y herramientas que faciliten y potencialicen un conocimiento en el autocuidado en la salud.

Estos dos indicadores nos señalan que la poca organización de los materiales y la falta de dominio, así como la realización de otras actividades no educativas por parte de la facilitadora, influyen en caer en la rutina al momento de impartir un taller y baja motivación en el diseño e innovación de nuevas estrategias que faciliten y mejoren el proceso de enseñanza- aprendizaje, donde no solo se utilice el trabajo expositivo, sino participativo en las sesiones educativas.

A ello podemos decir que la problemática detectada en la tarea socioeducativa de los talleres comunitarios se centra en mejorar el proceso de enseñanza – aprendizaje para el autocuidado para la salud en adolescentes de educación media superior, beneficiarios del programa modelo alternativo en salud del módulo 3 de atención médica en Jacona.

1.5. Justificación

El panorama internacional sobre educación para la salud, resalta la importancia que tiene la cuestión socioeducativa, puesto que es una herramienta en la que se construyen conocimientos en materia de autocuidado y prevención de enfermedades y se encuentra citado en la

Conferencia Internacional sobre atención primaria de los servicios de salud, celebrada en Alma Ata, URSS en 1978.

Por tanto la problemática de mejorar el proceso de enseñanza- aprendizaje, nos lleva a abordarla desde una óptica socioeducativa y no sólo desde la salud pública, ya que permite fomentar una cultura de prevención de las enfermedades en la población joven y los futuros jefes de familia, impactando en las esferas de lo social, económico, salud y educación del país, así como disminuir los padecimientos y mejorar la calidad de vida de la sociedad. El atender e intervenir en el aspecto educativo, coadyuva a enriquecer el conocimiento en las disciplinas de ciencias sociales, ciencias educativas y salud pública. Puesto que se aborda desde de lo social, educación y salud, como escenario para una educación no escolarizada, vinculada al desarrollo social de un grupo vulnerable de nuestro país.

1.6. Propósitos

1.6.1. Propósito general

- Explorar los procesos de enseñanza- aprendizaje, que potencialice los conocimientos en temas de sexualidad, género y violencia intrafamiliar de los adolescentes en educación media superior, mediante el diseño y aplicación de estrategias de enseñanza que apoyen la labor del facilitador y el uso de recursos didácticos, para fomentar un pensamiento crítico sobre la prevención y autocuidado en salud.

1.6.2. Propósitos específicos

- Reorganizar y planificar los talleres comunitarios en los temas de sexualidad, género y violencia intrafamiliar con estrategias de enseñanza de enfoque constructivista y de la teoría sociocultural.
- Diseñar y seleccionar técnicas grupales que fomentan la reflexión, discusión y crítica sobre los temas de sexualidad, género y violencia intrafamiliar.

- Compilar y crear material didáctico para adolescentes en los temas de sexualidad, género y violencia intrafamiliar, que permitan mayor comprensión de los contenidos teóricos y prácticos en el autocuidado en salud.
- Que los adolescentes identifiquen y describan los contenidos abordados en los talleres, mediante ejercicios de demostración y diseño de propuestas para la prevención desde su cotidianidad.

1.7. Fundamentos epistemológicos y metodológicos de la Investigación- Acción

Dentro de este apartado se analizan los paradigmas sobre la investigación con enfoque cualitativo, que para interés de este estudio es importante revisar, puesto que fundamentan las bases filosóficas del conocimiento que se indaga y muestra las directrices del actuar en conjunto con la metodología utilizada de corte cualitativo. Las aportaciones teóricas que se revisan son el racionalismo, el empirismo, el positivismo, la fenomenología, la hermenéutica y la teoría crítica. Por lo que se describen en seguida.

1.7.1. Enfoque del racionalismo, empirismo y positivismo

La visión del racionalismo es analizar el objeto de estudio con un pensamiento basado en la razón “estos juicios tienen una validez lógica y una rigurosa validez universal” (Hessen, 2003, pág. 75) es decir, que el conocimiento se genera solo a través de la razón y lógica y no mediante la experiencia, puesto que ello implica subjetividad. Por tanto la mirada del racionalismo no se vincula el diálogo y la participación como técnicas que coadyuven a generar conocimiento y que son elementos importantes para comprender y transformar la realidad socioeducativa de los talleres comunitarios.

Por otra parte la postura del empirismo, nos lleva observar como elemento principal la experiencia, argumentando que

...a diferencia del racionalismo que propone la razón como fuente del conocimiento, sostiene que el conocimiento procede de la experiencia, el contacto directo con la realidad. Para el empirismo no existe un caudal de ideas situado “a prio” en el

pensamiento humano. La conciencia cognoscente no extrae sus contenidos de la razón, sino de la experiencia; el espíritu humano es una esencia, un vacío, una hoja en blanco donde se puede escribir, quien escribe es precisamente la experiencia; los conceptos que poseemos, incluyendo los más generales y abstractos, proceden de la experiencia (Hessen, 2003, pág. 84).

Entonces, la experiencia es la base de la construcción del conocimiento, que visto desde este enfoque nos lleva a lo subjetivo, a atender los fenómenos socioeducativos con la complejidad que conlleva la experiencia, donde se sitúan las observaciones, los sentimientos que se generan el sujeto y objeto de estudio. Que trasladándolo al escenario de los adolescentes de una educación no escolarizada, encontramos la experiencia forma parte de los propósitos del aprendizaje significativo y articulación con el nuevo conocimiento del contenido temático que se aborda respecto la sexualidad, género y violencia intrafamiliar.

En otro orden de ideas, se aborda el positivismo como una corriente filosófica “la cual afirma una concepción de inespecificidad de “lo humano” frente a otras realidades objeto de conocimiento. Es la legitimación dentro del diseño, de la búsqueda de causa o hecho del empleo de la estadística como recurso lógico y operativo y de la encuesta y la observación controlada a través del experimento” (Fromm Cea, 1996, pág. 31). Es decir, que parte de una querer unir el racionalismo y el empirismo para estudiar la sociedad y de llevar a cabo una metodología de las ciencias naturales a las ciencias sociales, puesto que los problemas son vistos como cosas o hechos tratando de aislar las emociones y sentimientos que se observan en una realidad social para que sea objetiva y no analizar las subjetividades que se generan en un grupo de estudio.

Los principales trabajos de esta corriente filosófica lo sustenta Augusto Comte como pionero del método científico en las ciencias sociales. Emilie Durkheim es quien realiza un acercamiento y da las bases al positivismo mediante su trabajo y aportación metodológica para el estudio de los hechos sociales con la aportación de las reglas del método sociológico, así como el analizar los fenómenos como “cosas”. Esta aportación da orientación a comprender que no podemos analizar la complejidad de un fenómeno social o socioeducativa de forma fría y bajo la lupa de instrumentos que miden e interpretan desde fuera, puesto que como sujeto- objeto de investigación existe interacción y acción que no permite solo observar estáticamente un

fenómeno, sino que se encuentra en constante movimiento que permite observar una realidad cambiante y dinámica.

1.7.2. Enfoque de la fenomenología, hermenéutica y teoría crítica

La orientación fenomenológica nos lleva sin lugar a dudas a revisar las aportaciones de Weber quien postula que “la idea positivista de realizar un análisis científico objetivo de la vida cultural y social era inadmisibles. Al respecto, señalaba lo subjetivo del fenómeno social, la necesidad de comprender el sentido de cada individuo da a su conducta... y eso sólo era posible conociendo el fenómeno desde adentro” (Fromm Cea, 1996, págs. 80-81). La óptica de Weber, permite acercarnos a lo subjetivo y valorar el sentido y la comprensión a la acción social que se lleva a cabo dentro de un espacio educativo y no solo como un numero abstracto o estadístico a interpretar, puesto que es necesario conocer y describir lo que está sucediendo, haciendo énfasis en la vivencia o experiencia.

El enfoque fenomenológico nos ubica en un escenario donde se pretende o se busca “describir la experiencia vivida en una forma tal que pueda ser valorada para informar la práctica y la ciencia” (Sandoval Casilimas, 1996, pág. 61). Por tanto la aportación de esta perspectiva subraya categorías de la subjetividad y significado, así como el describir, sin el interés de interpretar o dar solución a los fenómenos sociales que estudio, puesto que el interés central es el estudio y mostrar lo que sucede. Al respecto es una mirada que valora la subjetividad, sin embargo no es compatible con el método de investigación – acción, puesto que la finalidad de este se traza en la acción o intervención de una problemática y no solo describir lo que sucede en un espacio de educación no escolarizada.

Por otra parte es necesario abordar la perspectiva de la hermenéutica, misma que lleva a una dimensión de observar de realizar un estudio científico con la finalidad de interpretar lo que sucede para de allí contribuir al conocimiento. Para Ricoeur citado en (Sandoval Casilimas, 1996, pág. 75) es definida esta orientación como “la teoría de las reglas que gobiernan una exégesis, es

decir, una interpretación de un texto particular o colección de signos susceptibles a ser considerado como un texto”.

Al respecto podemos mencionar que la alternativa nos conduce a un escenario en el cual toda acción y resultado de la misma sea sometida a una interpretación que abone al conocimiento de las ciencias sociales. En cuanto a la lectura de textos, considera no solo lo escrito, sino todo aquello que sea leído como puede ser una pintura, fotografía, conversaciones, entrevistas, grabaciones de videos y voz, vestigios, etc., que tienen una carga simbólica para la investigación que se realiza.

Si observamos el problema planteado en apartados anteriores sobre el indagar e intervenir sobre el proceso de enseñanza- aprendizaje de los talleres, nos encontramos que esta mirada de abordar la investigación nos orienta a una interpretación de lo que sucede en un espacio de educación no escolarizada, sin embargo, no ofrece el acercamiento a atender la problemática como parte vital para la construcción del conocimiento, por lo tanto en seguida se cita la perspectiva de la teoría crítica que abona a conocer y comprender el actuar como sujeto-objeto de la investigación acción.

El enfoque del paradigma crítico se traza en apreciaciones sobre la construcción del conocimiento, subrayando elementos como el diálogo, la interacción y la vivencia, como base para analizar y comprender una realidad social estudiada y no solo la interpretación como la hermenéutica o describir las representaciones significativas de la vivencia como la fenomenología, ni se centra solo en la razón como el racionalismo, o la experiencia como una fuente para entender el conocimiento y en contraparte del positivismo reconoce la subjetividad que se observa en el grupo de estudio, puesto que de allí considera “que el conocimiento es una creación compartida a partir de la interacción entre el investigador y el investigado en la cual, los valores median o influyen la generación del conocimiento; lo que hace necesario “meterse en la realidad” objeto de análisis para poder comprenderla tanto en la lógica interna como en su especificidad” (Sandoval Casilimas, 1996, pág. 29).

Lo anterior coloca al investigador en ser reflexivo y crítico de la realidad social que estudio y no solo observarla desde la lógica externa, puesto que se encuentra involucrado en la dinámica que se estudia y él es parte de los factores que influyen directa o indirectamente en la problemática. Por lo que nos lleva a considerar que

es preciso comenzar con el ángulo desde el cual se organiza el pensamiento, abandonando la estructura de sujeto- objeto; esto es anclado el conocimiento desde el sujeto como tal. En este sentido, habrá que desarrollar propuestas para desarmar las argumentaciones de contenidos teóricos con pretensiones de universalidad, en forma de mostrar qué es lo que reflejan y, en consecuencia develar qué es lo que ocultan como descripciones de la realidad entendida como objetiva” (Zemelman, 1997, pág. 10).

La aportación de Zemelman acerca a una realidad que vive el sujeto investigador, donde es necesario analizar el hacer y saber desde que óptica filosófica se observa el objeto de estudio, para de ahí ir construyendo un conocimiento, anclado a un pensamiento que se ve reflejado en los aprendizajes de los actores sociales que intervienen en el escenario socioeducativo.

No es fácil abordar la relación del sujeto- objeto de investigación, puesto que nos lleva a tomar conciencia del accionar y de las formas en que se intenta transformar una realidad, en la cual se encuentra inmerso el investigador y debe ser realizar la comprensión de su accionar, sin dejar a un lado los factores culturales, ideológicos, emocionales, que se encuentran en la intervención, así como considerar estos mismos factores en los adolescentes que forman parte del objeto de investigación y la postura con la que se abordan las temáticas de sexualidad, género y violencia.

La complejidad de la relación sujeto- objeto, es palpable en la cotidianidad del accionar, donde se encuentra inmerso y se construyen aprendizajes, que impactan en la formación del individuo sujeto y el individuo objeto.

Un elemento importante en la relación es la subjetividad, que enriquece la práctica docentes y a su vez el aprendizaje en ambos actores sociales son las creencias, la ideología, las posturas con que se aborda cada tema, influyen en la comprensión del mismo, por lo que no se puede separar estos elementos del pensamiento, ni del aprendizaje del sujeto y del objeto que para fines de este estudio donde la finalidad es lograr cambiar la situación socioeducativa que se

identifica en la educación no escolarizada dentro del sector salud, así como comprender el proceso de transformación mediante el diálogo, la reflexión de lo vivido en los talleres.

1.7.3. Fundamentos metodológicos

Hablar de los fundamentos metodológicos que se llevan a cabo en este trabajo de investigación se centra en el corte cualitativo, debido al que el tipo de métodos, estrategias y técnicas se basan en características cualitativas, más que en privilegiar la encuesta y estadística para conocer el grupo de estudio. Aunque se auxilia de estos instrumentos metodológicos que apoyan la triangulación de datos en la estructura del proceso de indagación. Por tanto es necesario revisar algunos de los métodos cualitativos de investigación, para posteriormente, describir el proceso metodológico que se lleva a cabo y metodología se auxilia para su realización.

Iniciaremos por un método etnográfico, el cual tiene sus orígenes en la antropología social y cultural, donde “se ocupa de la descripción, clasificación y filiación de los personas según su origen o raza” (Sandoval Casilimas, 1996, pág. 88). Es decir, que en el encontramos los elementos de la descripción, privilegiando la observación directa y la entrevista como técnicas que permiten el análisis de la realidad y su contenido.

Parte de las características de este método apoyan a profundizar en el conocimiento de un grupo de estudio, del conjunto de sus acciones tomando como referente el marco cultural y social del mismo, así como

Incorporar las experiencias, creencias, actitudes, pensamientos, reflexiones de los participantes.

Describir e interpretar los fenómenos sociales desde la perspectiva de los actores sociales.

Le da significación a los hechos y asume que las acciones sociales se producen en los participantes por su forma de percibir (Op. Cit. Págs. 91-92).

Las características nos llevan a comprender el método etnográfico no es solo en escenarios de lo social sino también en espacios educativos en los cuales se plantean una serie de problemáticas que pueden ser descritas e interpretadas para el conocimiento científico, sin embargo, para el proceso los propósitos y los pasos metodológicos que conlleva la investigación

acción de modalidad participativa, retoma las aportaciones de algunas técnicas de este método, más no todo el conjunto de procedimientos.

Otro de los métodos cualitativos que privilegia la criticidad en su comprensión del objeto de estudio es el dialéctico-constructiva, donde su estructura paradigmática se “está construyéndose en una perspectiva de articulación de distintos aportes de paradigmas” (Saavedra R., 2002, pág. 50). Sin embargo, lo que fundamenta este método es la epistemología crítica, por lo que la investigación de este corte subraya los elementos de la subjetividad, la totalidad y experiencia que permiten partir de una racionalidad del conocimiento y de misma experiencia, rescatando la subjetividad que permite las contrariedades para llegar a un análisis de la realidad social estudiada.

Este método nos ayuda a comprender la importancia de la subjetividad en la acción social, así como el retomar la experiencia como elemento central para la construcción del conocimiento, sin negar la existencia de la lógica y la razón en la comprensión de su totalidad, pero el fin que se busca con este trabajo de investigación se centra en conocer y explorar el proceso de enseñanza-aprendizaje de los talleres, rescatando la participación y la interacción de los adolescente y la facilitadora en la construcción de un diálogo socioeducativa que permita articular su cotidianidad en el diseño de alternativas preventivas.

Por tanto el escenario educativo demanda la necesidad de investigar e intervenir en las problemáticas que se viven a diario. Por ello la investigación – acción juega un papel importante, puesto que parte de buscar reflexionar sobre una realidad y el estudio de la misma para actuar; es decir no sólo es el estudiar la problemática presentada en una realidad educativa, sino intervenir en la solución de la misma, mediante la participación de los actores sociales que se encuentran inmersos.

A ello podemos retomar que la “La investigación -acción, es un término acuñado y desarrollado por Kurt Lewin y es utilizado con diversos enfoques y perspectivas, depende de la problemática a abordar.” (Bauseles Herrera, 2005, pág. 1) Para fines de este trabajo nos orientamos a comprender, la investigación acción dentro del campo educativo, donde sus principales aportaciones teóricas en la criticidad y son basadas en un proceso metodológico que

se realiza simultáneamente la expansión del conocimiento científico y la solución de un problema, mediante la realimentación de la información en un proceso cíclico, es decir, que parte de una reflexión y diagnóstico del hecho o realidad, para intervenir en la transformación de una problemática, donde se parte de una idea general, se plantea una solución y se interviene, para de ahí analizar y evaluar la intervención y nuevamente repetir el ciclo las veces que sean necesarias para lograr la transformación de la problemática detectada.

La tarea no es fácil dentro del campo educativo no escolarizado de los talleres comunitarios, puesto que esta metodología de investigación requiere de un alto compromiso por parte de los actores sociales que se encuentran inmersos en la problemática, por tanto la facilitador de los talleres y los adolescentes forman parte de un proceso, tanto de una construcción del estudio de la realidad en donde se encuentran, como desarrollar un rol como actores principales en la intervención y solución de la problemática.

En este sentido, se resaltan las características de investigación- acción que se encuentran implícitas en la definición anterior y se resumen en:

- Analiza las acciones humanas y situaciones.
- Profundiza la comprensión del profesor en su problema
- Adopta una postura teórica
- Construye un “guion” sobre el hecho en cuestión.
- Interpreta lo que ocurre desde el punto de vista de quien actúa.
- Interactúa en la situación problema (Elliot, 2000, págs. 5-6).

Estas características nos llevan a resumir que la investigación acción es un proceso de reflexión constante, interpretación de lo que sucede en un espacio u escenario educativo y a su vez la intervención en el mismo y descripción de lo que provoca esta intervención. Si bien podemos decir que la investigación-acción invita a comprenderla como un arte y ciencia del quehacer profesional de la educación no escolarizada, donde se construye un conocimiento de su experiencia y a su vez experimenta y matiza una realidad educativa.

1.7.3.1. El proceso metodológico

En este apartado hablaremos del proceso metodológico que se llevó a cabo en la investigación realizada de los talleres comunitarios, el cual se estructura en el diseño cualitativo y como eje central se parte de la epistemología de la teoría crítica que fundamenta la importancia del diálogo y la interacción con los participantes. En cuanto a la perspectiva teórica se plantea el constructivismo sociocultural, para conocer y comprender el actuar y la experiencia dentro de un contexto no escolarizado.

Las aportaciones que Cesar Coll (2008), sobre el constructivismo sociocultural, nos ejemplifica los propósitos de la intervención, así como identificar la problemática educativa en el sector salud. Lo que mezcla dos posturas que coadyuvan a comprender lo que sucede al interior de un taller y como se desarrolla la enseñanza y el aprendizaje para intervenir e interpretar lo que sucede.

Ubicándonos dentro del proceso metodológico, parte de una cinco momentos, los cuales son: el diagnóstico, la planeación o plan de acción, la ejecución. Evaluación y sistematización (Astorga A. &, 1984, pág. 3), cada uno de ellos con técnicas e instrumentos de corte cualitativos triangulados con instrumentos cuantitativos como es la estadística. Para una mejor comprensión iniciaremos con describir el momento metodológico del diagnóstico con enfoque socioeducativo, donde se diseñan 12 cuestionarios dirigidos a los adolescentes y 2 entrevista semi-estructurada para el personal médico, así como las técnicas de observación dirigida, revisión bibliográfica y la participación, para definir la problemática a tratar.

En cuanto a la planeación se realiza una propuesta híbrida que se plantea mediante ocho etapas siguiendo un orden lógico de un proceso cíclico, como una de las modalidades de la investigación acción. El plan de acción se diseña por medio de una secuencia participativa en la cual se inicia con la presentación del plan, en la segunda etapa se planifican las actividades educativas con una metodología constructivista de actividades de inicio, desarrollo y cierre, apoyada de cartas descriptivas, diseño de material didáctico y cronogramas que guían la idea general del proceso de enseñanza- aprendizaje.

En la tercera etapa se implementa la propuesta diseñada, desarrollando las cartas descriptivas del primer taller sobre sexualidad, utilizando estrategias de enseñanza socializada y selección de técnicas grupales que apoyen la dinámica del grupo de estudio entre las cuales se privilegia el interrogatorio, análisis de textos y lluvia de ideas. Como parte de este orden cronológico se llega a la etapa cuatro en la que se plantea la evaluación con un modelo basado en la toma de decisiones que considera tres aspectos importante para analizar y valorar como es: el contexto, la planeación vista como planeación de entrada y el proceso de enseñanza aprendizaje como el producto (Pérez Serrano, 2008). Lo cual permite replanificar o analizar la idea general para retroalimentar y reprogramar las actividades.

La etapa cinco retoma la planificación en el orden lógico de espiran mediante la reflexión y análisis de la práctica con la utilización de técnicas como las cartas descriptivas, selección de material visual y bibliográfico. Para dar continuidad a la etapa seis de implementación o ejecución con técnicas de interrogatorio, ilustración descriptiva y la interacción con la realidad, así como el sociodrama, los cuales se presenta mediante una secuencia de actividades peinstruccionales, coinstruccionales y postinstruccionales constituyendo la segunda espiral de intervención.

Posterior a ello, se presenta de forma simultanea la tercera espiral que consiste en evaluar para ir transformando la situación socioeducativa y reprogramar la tercera espiral con la temática de violencia intrafamiliar, donde se continua con intervenir mediante actividades de inicio, desarrollo y cierre en el diseño del taller, seleccionando técnicas grupales como lluvia de ideas, análisis de textos, ilustración y análisis con su cotidianidad. Para situar la evaluación como la etapa siete siguiendo el modelo de toma de decisiones, a través de los instrumentos de cuestionario, crónicas de grupo, observaciones y registros en diario de campo que no solo arrojan los resultados de una espiral sino del proceso de intervención.

Una de las etapas más complejas y difíciles para informar sobre lo investigado es sin duda el reporte final que para fines de este proceso le nombramos sistematización en la cual se utilizaron las técnicas de análisis de los datos, interpretación, relato, cuantificación que apoye a “a una reconstrucción del trabajo que hemos realizado, desde el diagnóstico del problema hasta la evaluación de las acciones... tratando de llegar a una visión global y profunda de nuestra práctica” (Astorga A. &, 1984, pág. 5). Lo que permite dar respuesta a la interrogante que guía el

estudio de los talleres y su vez abrir nuevas líneas de investigación como resultado de recoger la experiencia y teorizarla mediante la interpretación e intervención sobre una realidad socioeducativa.

CAPÍTULO 2

DISCUSIÓN TEÓRICA SOBRE PROCESOS DE ENSEÑANZA- APRENDIZAJE DE LOS TALLERES COMUNITARIOS PARA EL AUTOCUIDADO EN LA SALUD

Las discusiones teóricas sobre los paradigmas de psicología en la educación, permiten cuestionar la intervención del proceso de enseñanza de los talleres comunitarios para el autocuidado en salud de los adolescentes, que forma parte de la labor educativa. Por lo que es necesario abordar las posturas psicoeducativas que apoyan esta tarea docente.

Las aportaciones teóricas que explican el objeto de estudio se centran en el conductismo, constructivismo- sociocultural, los saberes socialmente productivos y el cognitivismo que plantean la óptica de los conceptos de enseñanza, aprendizaje, estrategias de enseñanza en contextos no escolarizados. Por lo que se abordan estos enfoques para atender la problemática en un escenario de educación para la salud dirigido a los adolescentes como eje medular. Para lo cual se discuten las siguientes posturas teóricas.

2.1. ¿Qué es la enseñanza y el aprendizaje desde el enfoque conductista?

Partiendo de los orígenes y aplicaciones de la acción educativa, hablaremos del conductismo el cual describe las implicaciones de esta perspectiva en la enseñanza, definiéndola como “el arreglo adecuado de las contingencias de reforzamiento, con el fin de promover con eficiencia el aprendizaje del alumno” (Hernández Rojas, Paradigmas en psicología de la educación, 2004, pág. 92). Es decir, un proceso instruccional, que se enfoca a informar a los aprendices y a reforzar los conocimientos, traduciendo esto como un enciclopedismo y privilegiando la memoria, así como guiar los procesos de enseñanza mediante el ensayo-error.

Esta postura concibe al alumno, como un sujeto pasivo, en el cual se deposita la información y “cuyo desempeño del mismo y aprendizaje puede ser arreglados o reareglados desde el exterior; siempre y cuando se realicen ajustes ambientales y curriculares necesarios” (Hernández Rojas, Paradigmas en psicología de la educación, 2004, pág. 94) por lo que el conocimiento se observa como una ejecución de programas, y la intervención con carácter de autoridad por parte del docente, por lo que el rol del alumno, se observa con disciplina a seguir instrucciones y reglas, dentro del espacio educativo.

En cuanto al enfoque del docente, se plantea como un programador, con carácter de instructor y administrador de los insumos del conocimiento, así como tener habilidades de manejar procedimientos, principios y programas que le permitan el éxito de los aprendizajes. Para lo cual deberá de “desarrollar una serie de arreglos de contingencia de reforzamiento y control de estímulos para enseñar” (Hernández Rojas, Paradigmas en psicología de la educación, 2004, pág. 94) es decir, que su intervención se basa en reforzar las conductas positivas en los aprendizajes de los educandos.

La concepción del aprendizaje por los conductistas se centra en sostener que es “una manera descriptiva que produce un cambio estable en la conducta o como diría el propio Skinner (1976), un cambio en la probabilidad de la respuesta” (Hernández Rojas, Paradigmas en psicología de la educación, 2004, pág. 95). Es decir, que dependiendo de los propósitos educativos del docente, deberá utilizar una serie de estrategias y procedimientos que orienten a una conducta esperada en el aprendiz, mediante los elementos de estímulo- respuesta.

En cuanto a las estrategias y técnicas de enseñanza se explican bajo las connotaciones de enseñanza programada, donde Skinner (citado por Hernández Rojas 2004) menciona que la enseñanza programada es el intento por lograr en el aula los mismos resultados de control conductual que se alcanza en los laboratorios, usando los principios conductuales. Lo que nos lleva a reflexionar sobre la postura de que el enseñar se encuentra ligado a una serie de instrucciones de tipo conceptual y teórico, sin permitir la apertura a la creatividad e innovación de los conocimientos que vas adquiriendo. Por otra parte otros conductistas subrayan la enseñanza como “una técnica instruccional que tiene las siguientes características:

- Definición explícita de los objetivos del programa.
- Presentación secuenciada de la información.
- Participación del estudiante.
- Reforzamiento inmediato de la información.
- Individualización.
- Registro de resultados y evaluación continua (Hernández Rojas, Paradigmas en psicología de la educación, 2004, pág. 98).

Por tanto entendemos que las estrategias y técnicas, se enfocan a la ejecución de un reforzamiento de los conocimientos y deben ser acordes a los objetivos planteados en el programa

y los resultados esperados; colocando así a la evaluación como un método de medición cuantitativa de los objetivos y metas de los programas educativos.

Estas aportaciones del término enseñanza, dan como resultado que desde la óptica del conductismo la enseñanza, se da mediante la instrucción y reforzamiento que el docente realiza en los conocimientos del alumno, dentro de un escenario educativo, que privilegia la disciplina y el control, a través de los indicadores de estimo- respuesta, utilizando los instrumentos de castigo y premiación como elementos claves en el proceso enseñanza- aprendizaje.

Por tanto, este enfoque, es adaptable si la finalidad de la intervención educativa, se encuentre centrada en el logro propósitos y cumplimiento de la temática sugerida por el programa, sin la preocupación de ir construyendo un espacio de dialogo y reflexión sobre los problemas cotidianos entorno a su salud.

2.2. El proceso de enseñanza- aprendizaje desde el constructivismo.

Las implicaciones del paradigma cognitivo en la educación han sido el preámbulo del constructivismo, lo que enriquece la disciplina psicoeducativa, proporcionando un bosque de conceptos y puntualizando los aspectos de enseñanza, aprendizaje, docente, alumno, estrategias de enseñanza, como elementos que definen la mediación de todo quehacer educativo.

Por tanto, iniciaremos por explicar la connotación de la enseñanza, vista esta como “orientar al logro de aprendizajes significativos con sentido en el desarrollo de habilidades estratégicas generales y específicas de aprendizaje” (Hernández Rojas, Paradigmas en psicología de la educación, 2004, pág. 133). En este sentido, la enseñanza consiste en propiciar una organización correcta y programada de los saberes, así como preocuparse por las secuencias didácticas y adaptación de los contenidos a contexto social en que se encuentran los alumnos. .

A ello encontramos que las condiciones para el aprendizaje significativo que propone el constructivismo se basa en material significativo, lógico o potencial, distancia óptima entre el material y los conocimientos previos del alumno para que pueda encontrar sentido, disponibilidad, intención y esfuerzo del alumno.

Dentro de la concepción de aprendizaje se encuentra la postura psicogenética que sugiere dos tipos de aprendizaje “el aprendizaje en sentido amplio (desarrollo) y el aprendizaje en sentido estricto (aprendizaje de datos y de informaciones puntuales) (Hernández Rojas, Paradigmas en psicología de la educación, 2004, pág. 199)”. Lo que plantea que el aprendizaje depende de la etapa de desarrollo en que se encuentra el educando y no de los conocimientos o saberes que se pueden ir enseñando, sino que depende de la maduración cognitiva en que se presenten.

En cuanto a la concepción del alumno es visto como un “sujeto activo procesador que se convierte en aprendiz estratégico para apropiarse significativamente de los contenidos curriculares” (Hernández Rojas, Paradigmas en psicología de la educación, 2004, pág. 134) por lo que es participe y constructor de sus conocimientos, esta postura visualiza al alumno con el papel principal dentro del aprendizaje.

Entonces las aportaciones del constructivismo guían a comprender el proceso de enseñanza- aprendizaje como un conjunto, sin observar la enseñanza separada del aprendizaje, sino como un proceso que permite evaluar la intervención estratégica y didáctica del actuar docente y el rescate de los saberes significativos que potencializan la madurez cognitiva del alumno.

2.3. El cognitivismo en contextos no escolarizados

El enseñar es una forma creativa en la cual se encuentran implícitas las habilidades del pensamiento del docente o facilitador, que experimenta una serie de conflictos para el diseño de sus asignaturas y busca los medios didácticos que potencialicen los aprendizajes de sus educandos.

Este paradigma plantea que el docente funge como mediador que va diseñando y perfeccionando sus estrategias de enseñanza, así como el material didáctico para “crear un clima propicio, para que el alumno experimente autonomía y competencia, y atribuya valor a sus éxitos” (Hernández Rojas, Paradigmas en psicología de la educación, 2004, pág. 136) enfocado esto a promover la meta cognición y habilidades cognitivas en los alumnos.

Por tanto, la enseñanza se enfoca en la necesidad de desarrollar un contexto didáctico que pueda ser estimulante y favorecedor para los alumnos. En este planteamiento se reconoce la importancia de las actividades constructivas de los alumnos, para sus propios instrumentos y estructuras cognitivas, que se establecen en los contenidos escolares, resaltando así, el valor de los contenidos escolares y el saber enseñar, así como visualizar al alumno;

“Un constructor activo de su propio conocimiento y el reconstructor de los distintos contenidos escolares a los que se enfrente. Se debe de ayudar a los alumnos a que adquieran confianza en sus propias ideas, permitiendo que se desarrollen y que exploren por si mismos las ideas, tomando sus propias decisiones y aceptando sus errores como algo que puede ser constructivo” (Hernández Rojas, Paradigmas en psicología de la educación, 2004, pág. 193).

El rol del maestro se basa en ser actor que promueve el desarrollo psicológico de los alumnos y la autonomía en los mismos, es decir va construyendo los conocimientos y saberes importantes del acto educativo. El accionar del profesor se visualiza pasivo, sin embargo las habilidades se centran en ir explorando, descubriendo y construyendo nuevas formas de pensar la enseñanza.

De acuerdo a lo anterior, el profesor debe asumir la tarea de promover una atmósfera de reciprocidad, de respeto y autoconfianza para el alumno y debe dar la oportunidad de que el aprendizaje auto estructurado pueda desplegarse sin tantos obstáculos. Otro de los aspectos o roles del docente es que debe evitar el uso arbitrario de recompensa y castigo que son utilizadas en el conductismo.

Como parte de las estrategias, citaremos tres puntos en los cuales se resume la forma en que se plantea la enseñanza de este enfoque cognitivista.

Se consideran importantes y necesarias las actividades de enseñanza que promueven la mejora de las interpretaciones o reconstrucciones que los alumnos realizan sobre los contenidos escolares. Así como promover las situaciones de diálogo e intercambio de puntos de vista en torno a los problemas y situaciones desafiantes. Se deben orientar los procesos de reconstrucción que realizan los alumnos sobre contenidos escolares. Se deberá aportar a los alumnos toda la información que se considere necesaria, siempre y cuando sirva al progreso de la actividad reconstruida de los alumnos (Hernández Rojas, Paradigmas en psicología de la educación, 2004, págs. 201-204).

Considerando la anterior aportación dentro del contexto de los talleres, estos requieren del fortalecimiento mediante la participación de los adolescentes y el diálogo durante el taller, que permita orientar la construcción de los saberes y conocimientos. Así como estar implícita la buena selección de los contenidos, herramientas didácticas y utilizar la resolución de problemas, que fomente el intercambio de conocimientos y cooperación al interior de los talleres comunitarios.

Resumiendo una poco y a diferencia del conductismo y constructivismo, las estrategias de enseñanza que describe el cognitivismo, se basan en la división de los aprendizajes y finalidad de los mismos, aportando una tipología en tácticas orientadas a la mediación pedagógica de los docentes, entre las cuales resaltan las estrategias: “para activar o generar conocimiento previo, centradas en orientar la atención de los alumnos, información nueva y las de elaboración o de enlace entre los conocimientos previos y la nueva información por aprender” (Hernández Rojas, Paradigmas en psicología de la educación, 2004, págs. 151- 153). En cada una de esta tipología expuesta anteriormente abre una abanico de posibilidades para mediar el proceso de enseñanza-aprendizaje, con diferentes características de alumnos, lo que complejiza y nutre la tarea educativa.

Por otra parte la concepción de evaluación se basa en procesos y no solo en la aplicación de exámenes que cuantifican el conocimiento, sino que sugiere;

“focalizar el interés en los procesos cognitivos que realiza el alumno mediante: 1) naturaleza de los conocimientos previos que posee, 2) tipo de estrategia cognitiva y meta cognitiva utilizadas, 3) tipo de capacidades que el alumno utiliza cuando elabora el conocimiento, 4) tipo de metas que el aprendiz persigue; y 5) tipo de atribuciones y expectativas que se plantea” (Hernández Rojas, Paradigmas en psicología de la educación, 2004, pág. 162).

Al revisar estos puntos, el profesor tendrá mayor seriedad en medir los logros y aprovechamiento académico valorando el proceso y no sólo el resultado, así como el diseño de instrumentos que permitan medir el avance de cada alumno de manera cualitativa y no cuantitativa, identificando las necesidades y problemáticas educativas. Siendo la evaluación la base para guiar la enseñanza y los aprendizajes esperados en cada individuo.

Los fundamentos de este paradigma se encuentra ligada a la propuesta de Gardner, considerando la cognición debe ser descrita en “función de símbolos, esquemas, imágenes, ideas y otras representaciones mentales” (Hernández Rojas, Paradigmas en psicología de la educación, 2004, pág. 122). Lo que nos lleva a una postura racionalista del conocimiento y las explicaciones parten de la razón y no de la experiencia.

2.4. Mirada sociocultural del proceso de enseñanza - aprendizaje

El paradigma sociocultural desarrollado por Vigotsky en 1920, plantea una relación entre la psicología y la educación, tomando los elementos para explicar el fenómeno de las prácticas sociales y la cultura del individuo en los escenarios educativos. Los antecedentes se vinculan a las aportaciones teóricas, en el campo de la psicología y a la disciplinas de ciencias sociales y humanidades, dentro de un enfoque marxista.

La enseñanza, es “donde se conjuga la participación de aprendices que discuten, comparten y construyen saberes que influyen en un conocimiento de tipo conceptual, a través de crear interpretaciones y asimilaciones” (Hernández Rojas, Paradigmas en psicología de la educación, 2004, pág. 230). Por lo que el espacio educativo es el actor principal de la enseñanza y de promoción de los aprendizajes de los alumnos.

Desde el enfoque sociocultural, el alumno es visto como un ser social, producto y protagonista de las múltiples interacciones sociales en que se involucra a lo largo de su vida académica. Por tanto se pueden establecer dos hechos:

- a) El alumno reconstruye los saberes, pero no lo hace solo, porque ocurren procesos complejos:
- b) Se entremezclan procesos de construcción personal y procesos auténticos de co-construcción en colaboración con otros que intervienen.

Es decir, el protagonismo del alumno, es lo que permite la interacción del contexto social y los aprendizajes, para que el accionar del aprendiz sea con la finalidad de construir partiendo

de su experiencia y el apoyo de los sujetos que le rodean y su contexto social en que se desarrolló, que configuran la zona de desarrollo potencial y próximo.

Por tanto el papel del profesor es entendido como un agente cultural que enseña en un contexto de prácticas y medios socioculturalmente determinados, y su rol principal es ser mediador entre el saber sociocultural y los procesos de apropiación del aprendiz.

Dentro de este aspecto Hernández Rojas (2004) señala la importancia del andamiaje, basado a la idea, del experto-enseñante, que crea un sistema de ayuda y apoyos necesarios para promover el traspaso del control sobre el manejo de dichos contenidos por el alumno novato. Una perspectiva diferente al andamiaje es la basada en la enseñanza proléptica, que consiste en que los alumnos tengan un papel activo en la interpretación de una serie de implícitos que deja el enseñante en momentos y situaciones de enseñanza.

En cuando al aprendizaje se establece una relación entre desarrollo, aprendizaje y Zona de Desarrollo Próximo, donde se observa una interacción entre los sujetos educativos y por tanto; “el aprendizaje desempeña un papel como catalizador e impulsor de los procesos evolutivos” (Hernández Rojas, Paradigmas en psicología de la educación, 2004, pág. 237). Como se ha dicho anteriormente esta postura parte de lo sociocultural como elemento medular que apoya y construye el aprendizaje, a diferencia del conductismo y constructivismo.

Hernández Rojas (2004), citando a Onrubia, menciona que las estrategias y técnicas de enseñanza se fundamentan en la creación de Zonas de Desarrollo Próximo con los alumnos, para determinados dominios y actividades de conocimientos. Algunos de los criterios para el desarrollo de las ZDP son:

- Insertar las actividades que realizan los alumnos en un contexto y en objetivos más amplios en los que éstas tomen sentido.
- Fomentar la participación y el involucramiento de los alumnos en las diversas actividades y tareas.
- Realizar ajustes continuos en la asistencia didáctica, en el desarrollo de las actividades o aun en la programación más amplia.
- Hacer uso explícito y diáfano del lenguaje con la intención de promover la situación necesaria de intersubjetividad y la negociación de significados en el sentido esperado y evitar las rupturas e incomprensiones de la enseñanza.

- Establecer constantemente relaciones explícitas entre lo que los alumnos ya saben y los nuevos contenidos de aprendizaje.
- Promover como fin último el uso autónomo y autoregulado de los contenidos por parte de los alumnos.
- La interacción entre alumno como otro recurso valioso para crear ZDP (Hernández Rojas, Paradigmas en psicología de la educación, 2004, págs. 240-242).

Lo anterior describe los puntos esenciales de la educación sociocultural, que va orientando a formar individuos con una capacidad democrática desde la escuela y los aprendizajes se vinculan a lo significativo, puesto que parten de una realidad de análisis y no una desvinculación entre lo teórico y lo práctico.

2.5. Articulación del constructivismo, cognitivismo y la teoría sociocultural

Hablar del constructivismo, cognitivismo y el enfoque sociocultural, nos lleva sin duda a una complejidad de la práctica docente. Puesto que se parte de las diversas posturas en las que se interpreta y las implicaciones que se observan en la escuela. Por lo tanto se intenta describir las características del constructivismo desde la postura cognitiva, enseñanza situada y el sociocultural vinculadas a las habilidades del pensamiento.

Entre los teóricos que introducen a conocer las diferentes posturas del constructivismo se encuentran en los trabajos de (Díaz Barriga Arceo, 2006), (Flores, Constructivismo pedagógico y enseñanza por procesos, 1993) y (Coll C. , 2008). Los cuales realizan una minuciosa reseña analítica y crítica, partiendo de un bagaje teórico de los clásicos del pensamiento constructivista. Lo que permite conocer por una parte las bases que fundamentan la teoría y los estudios realizados en materia educativa, así como la importancia de este paradigma que apoya la labor del docente en contextos no escolarizados.

A ello iniciaremos hablando de la revisión de los conceptos que sustentan la enseñanza situada que proporciona una explicación filosófica de la educación progresista deweyniana, con la aportación de un pensamiento del aprendizaje experimental, que sustenta la tesis de que;

toda auténtica educación se efectúa mediante la experiencia, pero al mismo tiempo afirma que todo, no significa que todas las experiencias sean verdaderas o igualmente educativas... así, el aprendizaje experiencial es un aprendizaje activo, utiliza y transforma

los ambientes físicos y sociales para extraer lo que contribuya a experiencias valiosas, y pretenda establecer un fuerte vínculo entre el aula y la comunidad, entre la escuela y la vida. (Díaz Barriga Arceo, 2006, pág. 3).

Lo anterior nos lleva a relacionar que el aprendizaje que propone es mediante una experiencia que sea significativa y por ende apoye el cambio o transformación en el desarrollo individual y colectivo del educando, para que sea el actor principal de su educación y no sólo receptor de conceptos. Lo cual apoya en habilidades del pensamiento como la creatividad, generando un conocimiento nuevo a partir de una experiencia, que podríamos mencionar que se potencializa la reflexión, percepción, memoria, cognición y crítica.

Por otra parte menciona que “una actividad constructiva en torno a la problemática o reto que se presenta dicha experiencia y una actuación orientada a trascender dicha experiencia, mediante la reconstrucción y el enfrentamiento de nuevas situaciones” (Díaz Barriga Arceo, 2006, pág. 13) es decir, que se construye mediante la experiencia y en la ejecución de las acciones pedagógicas y la interacción.

La enseñanza situada, nos lleva sin duda a ver desde la perspectiva sociocultural la enseñanza, para desarrollar habilidades del pensamiento, en los alumnos y no sólo de una cuestión cognitiva, sino en los aspectos de su contexto social.

Mientras que para Coll, Cesar (2008) considera como fuentes principales de la visión constructivista de los procesos de enseñanza y aprendizaje escolar a distintos planteamientos derivados de la psicología genética, del cognoscitismo y la teoría sociocultural e identifica diversos paradigmas psicoeducativos de un nivel o estatus más local, como el paradigma de la cognición (Díaz Barriga Arceo, 2006, pág. 13).

En este sentido la aportación de Coll, lleva a comprender el constructivismo, desde varios enfoques, para que el docente desarrolle en sus alumnos habilidades del pensamiento, ya sea mediante métodos de procesos o de objetivos, aunque este último ha sido criticado por el poco impacto que se logra en las actividades pedagógica, así como dudar de los resultados que se obtienen mediante una educación guiada por objetivos y no por procesos.

Ante ello surge la interrogante de ¿cuáles serían las consecuencias de llevar una enseñanza por objetivos y una por procesos?, ¿cuáles son los beneficios que se obtienen de una enseñanza por procesos? Las respuestas se encuentran relacionadas con la postura de Rafael Flores quien habla de la importancia de llevar procesos formativos en la enseñanza, desde el enfoque constructivista, mencionando que;

el constructivismo pedagógico es el verdadero aprendizaje humano, es una construcción de cada alumno que logra modificar su estructura mental, y alcanzar un mayor nivel de diversidad, de complejidad y de integración (Flores, Constructivismo pedagógico y enseñanza por procesos, 1993, pág. 235)

Por tanto, se observa que una de las preocupaciones del constructivismo es el aprendizaje y los procesos cognitivos que se van generando en los alumnos, mediante los estadios del desarrollo, por los que va atravesando el educando, y partiendo de ello y de las operaciones mentales que por su madurez intelectual es capaz de realizar, por lo que

...Piaget, define las etapas sucesivas a través de las cuales el niño va construyendo sus nociones, sus conceptos y sus operaciones lógico-formales. Según él, el desarrollo se produce no simplemente por la dialéctica maduración-aprendizaje, sino por un proceso más complejo de abarcar y articular cuatro factores: maduración, experiencia, transmisión y equilibración (Flores, Constructivismo pedagógico y enseñanza por procesos, 1993, págs. 235-236).

La aportación anterior coloca el desarrollo como resultado de un proceso complejo en el que interactúa el individuo y las construcciones mentales que se van generando mediante la madurez y la integración de aprendizajes. Así como los factores que integra Piaget para explicar el desarrollo del individuo, como son: la madurez, transmisión, experiencia y equilibrio, a ello encontramos que se articulan con las habilidades de la percepción, la reflexión y memoria, en cuanto a la transmisión y experiencia que propician un aprendizaje significativo.

Una de las cuestiones que preocupa de la problemática es la enseñanza que desde los enfoques citados tanto constructivista, cognitivo y sociocultural aportan a una articulación para intervenir en los escenarios de educación no escolarizada, donde la facilitadora busca herramientas que apoyen los procesos de enseñanza- aprendizaje y que de acuerdo a un análisis de ello se encuentra que “todo conocimiento es una construcción mental, sea uno el primero o el último en entenderlo” (Flores, Constructivismo pedagógico y enseñanza por procesos, 1993,

pág. 237). Es decir que para el docente el aprendizaje se vincula a la construcción interior que realiza el alumno de los conocimientos y saberes previos.

Retomando las ideas de estas posturas teóricas y rectoras del quehacer educativo vemos que el concepto de aprendizaje se encuentra unido a la interacción del maestro- alumno, que para fines de la problemática sería el facilitador y los adolescentes, teniendo como resultado de conocimiento y aprendizaje en ambos actores sociales. Sin embargo “el conocimiento y el aprendizaje no son nunca el resultado de una lectura directa de la experiencia, sino más bien el fruto de la actividad mental constructiva mediante la cual las personas leemos e interpretamos la experiencia” (Coll C. , 2008, pág. 157).

La observación que plantea Cesar Coll, permite la articulación de los procesos constructivistas y socioculturales para guiar los procesos de enseñanza aprendizaje de los talleres que se imparten en un contexto no escolarizado que vincula la educación popular desde un enfoque de desarrollo comunitario dentro de los servicios de salud del estado de Michoacán, pues;

El constructivismo de orientación sociocultural y su propio planteamiento viene dado por la importancia de la actividad como explicación del aprendizaje. Mientras que el constructivismo cognitivo intenta explicar la actividad matemática y el aprendizaje de los alumnos como fenómenos exclusivamente psicológicos de naturaleza individual, el constructivismo de orientación sociocultural busca las claves de esta actividad y el aprendizaje en la participación de los alumnos en las prácticas socioculturales más amplias que tienen su origen en entornos y comunidades (Coll C. , 2008, pág. 163).

Como se aborda en las últimas líneas del párrafo anterior, los talleres buscan desarrollar dentro de las aportaciones de un constructivismo sociocultural, que la planeación de las actividades educativas y el aprendizaje sean mediante la participación de los adolescentes, el desarrollo de habilidades del pensamiento crítico, tomando en cuenta las pautas y prácticas culturales del entorno social en el cual se interviene y no sólo el ejercicio de operaciones mentales y las pláticas informativas.

2.6. Los saberes socialmente productivos

Al hablar de los saberes socialmente productivos, conduce a cuestionar la movilización de los saberes, puesto que el aprendizaje es el eje de discusión que se problematiza por ser el resultado de un proceso educativo y formativo. La forma en que Orozco (2009) discute el aprendizaje se centra en los conceptos de aprendizaje significativo en los contextos sociales, culturales y políticos de los alumnos y no sólo en lo cognitivo. Por lo que retoma aportaciones del constructivismo, para apoyar la tarea educativa. La categoría de saberes socialmente productivos

resinifican el papel social, cultural y económico social del conocimiento: entendiendo así que los saberes socialmente productivos son aquellos que modifican a los sujetos enseñándoles a transformar la naturaleza y su cultura, enriqueciendo el capital cultural de la sociedad y de las comunidades, son saberes de pericia que engendran, producen alternativas y emergen en el espacio de la sociedad civil, volcando en la praxis laboral y conformando tejidos y lazos sociales (Gómez Sollano, 2009, pág. 88).

Esta visión de ver la educación, unifica las aportaciones de los diversos paradigmas de la educación y resalta la participación de los actores sociales que influyen e interactúan en el acto educativo, para buscar una democratización en las escuelas y que los individuos sean constructores de sus experiencias, a través de la mediación pedagógica y didáctica de la labor docente y movilizando el conocimiento, no sólo cognitivo, sino aquel que impacta en el desarrollo social.

En cuanto a la problemática de ¿Cómo apoyar el proceso de enseñanza- aprendizaje de los talleres comunitarios para el autocuidado en salud de la población adolescente del programa Oportunidades?, se encuentra como respuesta que la perspectiva que influye como base en la enseñanza es el paradigma conductista, puesto que existe una ejecución basada en objetivos y de instruir en las medidas preventivas, más no un enfoque de ir construyendo un aprendizaje o saber respecto a lo que ocurre en la colonia o comunidad, así como ejercer autoridad y castigo² en los ausentismo, para una respuesta del participante. Lo que ha generado en este espacio socioeducativo, la rutina y acumulación de datos sin llegar a impactar en la vida social, cultural y de salud de los sujetos involucrados, por tanto partiendo del bagaje teórico de los distintos

² El castigo se observa mediante la amenaza de no justificar la ausencia, aunque presenten documento comprobatorio y con el acumulo de tres, se da de baja del programa sin recibir el apoyo económico la familia beneficiaria del programa social.

modelos psicoeducativos, se rescatan aportaciones del constructivistas, cognitivistas, el sociocultural y el enfoque de los saberes socialmente productivos.

Considerando el contexto social en el que se realizan los talleres, se vincula la postura de Vigostky respecto a la mediación del docente, puesto que parte de las características culturales, políticas y económicas de los sujetos que interactúan en los talleres, permitiendo conducir la enseñanza y el aprendizaje en base al desarrollo y no sólo acumular información y datos, puesto que una de las finalidades es apoyar a que los individuos sean conscientes y responsables del autocuidado en la salud.

Los participantes, de acuerdo a lo definido por Vigostky, deben ser actores sociales y no ser un individuo pasivo, sino que interactúen con el conocimiento para que se genere una movilización de los saberes del espacio educativo en que se está presentando este acto educativo.

Bertha Orozco menciona que el aprendizaje se genera en entornos de aprendizaje escolar y extraescolar, lo que abre la posibilidad de articular el conocimiento de los adolescentes y los saberes respecto a la salud de una formación en el ámbito escolar como vinculación a los espacios de educación popular mediante los talleres.

Otro de los aspectos a rescatar del paradigma sociocultural es el aporte de la evaluación, puesto que se pretende impactar en las esferas sociales, culturales y políticas de la sociedad, y el realizar un proceso evaluativo de manera dinámica, donde se establezcan lazos de aprendizaje social y cognitivo entre el examinador y el evaluado, conduce a un aprendizaje significativo, visto desde el constructivismo.

Este enfoque se relaciona con las características de los adolescentes que asisten a los talleres y a su vez con el perfil de egreso que menciona la reforma de educación secundaria, donde establece que esta población se encuentra en un proceso de concientización respecto al autocuidado en salud, el ser un individuo con la capacidad de crítica y reflexión de los fenómenos sociales, económicos y culturales de la sociedad actual; por lo que este espacio ofrece la posibilidad de gestar un conocimiento no sólo cognitivo sino social, cultural y económico que contribuya a la transformación social.

La tarea no es fácil y la mediación docente es el eje central de que los aprendizajes sean significativos y se construyan saberes socialmente productivos que impacten en los ámbitos sociales, culturales y económicos de los adolescentes, para enriquecer el acto educativo.

2.7. Conceptualización de los talleres

Para la comprensión del término taller es necesario conocer su significado etimológico el cual “proviene del francés “atelier”, y significa estudio, obrador, obraje, oficina. También define una escuela o seminario de ciencias a donde asisten los estudiantes. (Bravo, 2011, pág. 3). Por lo que se el significado nos orienta a centrarnos en conocimientos prácticos más que en contenidos teóricos.

Las primeras referencias históricas del término taller datan desde “la antigüedad en la tradición artesanal en el periodo neolítico y fueron anteriores a la escuela y a la escritura” (Bravo, 2011, pág. 24). Lo que indica que mediante las artesanías y elaboración de trabajos se inicia las primeras prácticas educativas con fines de saber hacer.

Por tanto una de las primeras interrogantes en este planteamiento es sin duda ¿Qué es un taller? y ¿Cuáles son sus matices dentro del quehacer educativo? a ello se encuentran las aportaciones de distintas disciplinas que han desarrollado un trabajo y estudio sobre el campo educativo mediante la estrategia de talleres.

Dando respuesta a la primera interrogante se encuentra un acercamiento a la noción de que un taller “implica, un lugar donde se trabaja y se elabora. Es una forma de enseñar y se aprende mediante la realización de algo” (Careaga, 2006, pág. 1). Es decir que es una metodología que permite el aprendizaje cooperativo y la vinculación de la teoría y la práctica del mismo saber abordado en el taller. Por otra parte, en este espacio se privilegia la participación de los integrantes del grupo y se exploran los puntos de vista de cada uno.

La connotación de taller es vista desde diferentes ópticas, por lo que el interés de este apartado es abordar las aportaciones conceptuales. Puesto que es visto como una nueva forma pedagógica que pretende la integración de teoría y práctica, desde un equipo de trabajo;

Un taller pedagógico es una reunión de trabajo donde se unen los participantes en pequeños grupos o equipos para hacer aprendizajes prácticos según los objetivos que se proponen y el tipo de asignatura que se organice (Bravo, 2011, pág. 1).

Visto desde la pedagogía, el taller forma parte de una estrategia educativa que vincula la teoría con la práctica, de acuerdo a los propósitos que se persigan. Centrando así mayor interés en el aprendizaje que en la enseñanza, puesto que matiza un escenario en donde se privilegia el aprendizaje cooperativo que se realiza dentro de los grupos atendidos por un taller, el cual puede ser en contextos escolarizados o no escolarizados.

Observándolo desde otra perspectiva y en un contexto no escolarizado los talleres son conceptualizado por Natalio Kisnerman “como unidades productivas de conocimientos a partir de una realidad concreta” (Bravo, 2011, pág. 1) lo que lo lleva a lo socioeducativo, puesto que al integrarlo como una unidad productiva, lo vincula a la producción o elaboración de conocimientos, contextualizándolo en una realidad socioeducativa.

Esta aportación de Natalio Kisnerman, lleva sin duda a vincular la visión pedagógica con una finalidad de los talleres comunitarios para el autocuidado en salud, para los y las adolescentes, donde se pretende que a partir de una reflexión de su entorno social, se llegue a un aprendizaje de autocuidado en salud y no sólo el transmitir acciones de prevención, sino que sean ellos quienes propongan o diseñen de acuerdo a su cotidianidad.

2.8. Conceptualización de didáctica

El quehacer educativo dentro de un contexto no escolarizado, como es el caso de los talleres comunitarios, nos llevan a reflexionar sobre la cuestión de la didáctica como uno de los elementos

que estructuran la praxis educativa, dado que es una de las necesidades sentidas puesta en la mesa de discusión en el capítulo primero de este escrito.

A partir de esta inquietud se plantea ¿qué es la didáctica? Para fines de un contexto no escolarizado y ¿qué implicaciones o connotaciones tiene? Para ello se abordan las aportaciones de algunos estudiosos de la educación, donde definen que la didáctica es “el conjunto de formas de organización y de realización de la enseñanza y aprendizaje dirigidas a los fines de que trate” (Sevillano García, Didáctica en el siglo XXI. Ejes en el aprendizaje y enseñanza de calidad, 2005, pág. 106). Es decir, que se observa desde un enfoque crítico-constructivista, apoya a la pedagogía en su tarea de educar y formar al individuo dentro de un contexto escolar o no escolarizado.

Por otra parte el significado etimológico de la didáctica se “deriva del griego didaskein: significa enseñar y tékne significa arte” (Torres Maldonado, 2009, pág. 11). Es decir, el arte de enseñar, en el cual se encuentra el valor a enseñar al educando, esta aportación ha tenido redefiniciones de acuerdo al enfoque o perspectiva de la didáctica, por lo que para fines del estudio en contextos no escolarizados se aborda la perspectiva de la didáctica crítica constructiva.

El enfoque de la didáctica crítica constructiva se refiere a “un interés implícito que pretende capacitar para una creciente autodeterminación, codeterminación y solidaridad de las dimensiones de la vida” (Sevillano García, Didáctica en el siglo XXI. Ejes en el aprendizaje y enseñanza de calidad, 2005, pág. 104). La cual permite influir en la reflexión y acción del entorno social en que se vive, por tanto los talleres, son favorecidos en el sentido de generar aristas para la acción en el autocuidado de los adolescentes, así como una cultura de prevención, a partir de su autonomía sobre la salud.

Una de las definiciones que aborda este enfoque de la didáctica es la de González Soto, “la didáctica es el campo científico de conocimiento teórico-práctico y tecnológico, cuyo eje central es la descripción interpretación y práctica proyectiva de los procesos intencionales de enseñanza-aprendizaje que se desarrollan en contextos de relación y comunicación para la integración de la cultura con el fin de transformarla” citado en (Sevillano García, Didáctica en el siglo XXI. Ejes en el aprendizaje y enseñanza de calidad, 2005, pág. 89).

La anterior definición nos lleva sin lugar a dudas a contextualizar la didáctica desde el plano teórico a la praxis, en donde se pretende transformar la intervención educativa e influir en la mejora de la misma, garantizando un proceso de enseñanza- aprendizaje, en cual se observen las interrelaciones o la red social de los saberes que se producen dentro del contexto educativo y en otras esferas.

2.9. Temática de los talleres comunitarios para el autocuidado en la salud

2.9.1. Adolescencia

La conceptualización de adolescencia vista desde diferentes enfoques nos habla de una etapa del desarrollo humano en la cual los individuos se enfrentan a una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales. Por lo que es necesario abordar la complejidad de su concepto y las características de la misma para conocer el grupo de estudio y que estos a su vez construyan un criterio sobre la etapa en la que se encuentran.

Existe varias disciplinas que abordan el concepto de adolescencia, llevándonos a un bagaje teórico y de importancia para el desarrollo de los talleres que son dirigidos a este grupo de edad, tomando como base las recomendaciones teóricas del concepto de adolescencia, su conducta y factores de riesgo para la salud por lo que partiremos de la conceptualización.

2.9.1.1. ¿Qué es la adolescencia?

Hoy en día es difícil abordar la complejidad del concepto de adolescencia desde una visión institucional, puesto que no se puede desvincular del enfoque biomédico y por ende la explicación de la misma como parte de un proceso biológico que pasa por cambios físicos y psicológicos que caracterizan al adolescente.

Por tanto una de las aproximaciones conceptuales que se emplean es que la adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a

la niñez y que comienza con la pubertad. “Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 18” (Domínguez García, 2008, pág. 70). Lo cual nos lleva a connotaciones biológicas, psicológicas, sexuales y sociales en las cuales atraviesa el adolescente y lo observamos mediante las conductas y actitudes que se manifiestan en este ciclo de vida del ser humano.

Este concepto de adolescencia permite generalizar y delimitar el término, desde un enfoque integrador de diversas disciplinas en las cuales se observa el comportamiento del adolescente y la explicación de las características que lo determinan como una “etapa de transición entre la niñez y la adultez” (Domínguez García, 2008, pág. 69).

La etapa de transición trae consigo diversas connotaciones por lo cual es importante abordar el enfoque psicológico del término adolescencia señalando que;

adolescencia, en particular, ha sido llamada período de la pubertad, término en castellano que aparece en el siglo XVIII, proveniente de la palabra en latín *pubertas* y que se refiere a la edad en que aparece el vello viril o púbico. Con esta denominación se enfatiza lo que distingue a la adolescencia, como etapa del ciclo vital, en lo referido a la presencia de un conjunto de cambios biológicos que preparan al sujeto para la procreación (Domínguez García, 2008, pág. 69).

De acuerdo a lo anterior, los cambios que se observan en los adolescentes se generalizan en cambios biológicos, psicológicos, sociales y cognitivos por lo que atraviesa, permitiendo visualizar una mezcla que presentan en esta etapa de transición en donde no se es maduro como un adulto, pero tampoco un niño. Lo que puede generar un conflicto en los adolescentes y los actores sociales que se encuentran interactuando con los mismos.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Crecimiento repentino: inicia a los 10 años en la chicas y en los chicos a los 12 años, el comienzo acelerado del ritmo de crecimiento corporal y de peso que va acompañado de un cambio de distribución de las proporciones del cuerpo. 2. Crecimiento y maduración de las características sexuales primarias: se presenta un gradual aumento en la vagina, útero, ovarios y trompas de Falopio en mujeres y en varones aumento en el pene, testículos, vesícula seminal y conductos diferentes. 3. Aparición de las características sexuales secundarias como el crecimiento del vello púbico, axilar, de la cara y del cuerpo en general, cambios en la voz se hacen más señalado por que crece la laringe y por causas hormonales, cambios en la piel puesto que se hace más grasa y dura. 4. Aparición de la menarquía en mujeres y emisiones nocturnas en varones. 	<p>Cognitivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etapa de las operaciones formales de acuerdo a Piaget. • Se razona no sólo sobre lo real, sino sobre lo posible. Lo real es sólo una parte de lo posible. • Razonamiento hipotético-deductivo. • Atracción e interés por la abstracción. • Metapensamiento. • Postura crítica ante figuras de autoridad • Hipocresía aparente. • Egocentrismo. • Indecisión • Controversia. <p>Cambios psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de mayor privacidad. • Preocupaciones por el desarrollo físico, la popularidad, la violencia escolar, miedos a no tener amigos, a las drogas, divorcio de los padres y a la muerte. • Timidez, rebeldía, necesidad de pertenencia. <p>Cambios sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vestimenta • Amistades
--	--

Cuadro 6 Cambios durante la adolescencia tomado de (Lara Alberca, 2012, págs. 127-128).

La comprensión de la adolescencia nos lleva a recorrer reflexiones sobre las orientaciones del término donde encontramos las aportaciones de estudiosos de esta etapa del desarrollo humano resaltando a “I. S. Kon, que menciona que la existencia de tres posibles enfoques en los que quedan contenidas las principales tendencias en la caracterización de estas etapas, con independencia de que dentro de ellos podamos encontrar innumerables variantes. Estos enfoques son el biogenético, el sociogenético y el psicogenético” (Domínguez García, 2008, pág. 71).

Estos enfoques abren un horizonte en el cual se puede comprender el fenómeno de adolescencia como una etapa en la cual cada una de estas ópticas permite aclarar el proceso y las implicaciones que tiene para identificar comportamiento y conductas que afectan la salud del mismo. Por lo tanto el enfoque biogenético considera la maduración de los procesos biológicos como base del análisis de los restantes procesos del desarrollo.

para Freud la adolescencia se corresponde con la etapa genital, que se extiende de los 12 a los 15 años aproximadamente, período en que tras una etapa de latencia en la edad escolar, durante la cual la sexualidad dejó de ejercer sus presiones momentáneamente, se renueva la lucha entre el ello y el yo, ya que los cambios biológicos, reducidos en este caso fundamentalmente a la maduración sexual, vuelven a poner en el centro de atención del individuo su sexualidad. La periodización del desarrollo propuesta por este autor culmina en esta etapa, por lo que no se caracteriza la juventud (Domínguez García, 2008, pág. 71).

Si observamos esta aportación nos lleva a retomar el enfoque biológico considerando como eje medular la explicación de la conducta en base a lo biológico, aislándolo de los demás componentes esenciales del ser humano. Sin bien es cierto en esta etapa se presenta la maduración sexual y la presencia de los rasgos sexuales primarios y secundarios, deja de un lado la subjetividad de la conducta del adolescente y el contexto social en el cual se desarrolla.

El componente social es un ingrediente que viene a comprender la conducta del adolescente en la esfera de la cotidianidad y las relaciones que se establecen durante esta etapa de individuo. Por lo que el enfoque sociogenético aborda las características principales de la adolescencia desde los roles sociales, pautas de comportamiento dentro de la sociedad.

este enfoque se encuentra muy vinculado al desarrollo de la psicología social norteamericana. Otro autor, en el enfoque sociogenético, es el norteamericano Robert E. Grinder. En su libro titulado "Adolescencia" (1990) parte del concepto de socialización, entendido como ajuste que emprenden los individuos en sus interrelaciones personales para distinguirse.

Para Grinder en estas etapas el sujeto desarrolla estilos de vida y a través del aprendizaje de roles adquiere las aptitudes necesarias para su futura vida adulta. Este proceso resulta posible por el creciente número de relaciones interpersonales que establecen los adolescentes y jóvenes, dentro de un ambiente cada vez más amplio, con personas de determinada significación (Domínguez García, 2008, pág. 72).

Con ello podemos comprender que el enfoque sociogenético que propone Grinder, aborda la complejidad de la etapa de la adolescencia desde las capacidades que puede desarrollar el adolescente y que son medular en la vida adulta, así como las relaciones sociales en las cuales se desarrolla y establece lazos de amistad, de parentesco y compañerismo, como lo es el noviazgo. Por lo que estaríamos hablando de la subjetividad de la adolescencia.

Para abordar el tercer enfoque psicogenético es necesario mencionar que de igual importancia se cita el aspecto biológico, como el social y el ingrediente de lo psicológico abona a la comprensión de la adolescencia, donde “sitúa el centro de atención en las funciones y procesos psíquicos que caracterizan una etapa determinada, destacándose en el caso de algunos autores el desarrollo afectivo, en otros el desarrollo cognitivo” (Domínguez García, 2008, pág. 72).

Estas aportaciones permiten un acercamiento a las implicaciones psicológicas de la etapa de la adolescencia, no sólo como concepto de la misma, sino como los atributos que el mismo término implica en la perspectiva psicológica, para identificar las características de los y las adolescentes, nutriendo las recomendaciones teóricas que orientan la intervención educativa en los contextos no escolarizados por parte del sector salud.

Otro de los aspectos a tratar en este apartado es la vinculación del tema de adolescencia con los factores de riesgo para la salud, por lo cual nacen los programas dirigidos a esta población que se caracteriza por tener poca participación en el autocuidado en salud y no solicitar el servicio médico.

Por lo que de acuerdo a las anteriores aportaciones y en relación a los riesgos que se encuentran expuestos los adolescentes respecto a la salud, se observan en las conductas de conflicto y rebeldía, con el ejercicio de la violencia como una forma de canalizar la energía agresiva. En cuanto a las conductas de preocupación por la apariencia física se vinculan los trastornos alimenticios, baja autoestima, aislamiento, entre otros. En este mismo sentido cuando se presenta el miedo se asocia al consumo de drogas o sustancias psicoactivas, los embarazos no

deseados, las enfermedades de transmisión sexual y accidentes. Asociándose a ello las conductas de egocentrismo, necesidad de pertenecía y de identidad a un grupo social.

Una de las preocupaciones institucionales es el riesgo a la procreación, puesto que biológica y psicológicamente no se encuentran preparados para un evento que implica una maduración emocional y cognitiva para recibir las nuevas obligaciones que conlleva la paternidad y la maternidad. Por lo que se vincula el enfoque a la prevención y la responsabilidad del ejercicio de la sexualidad entendida ésta en las prácticas sexuales y con riesgos por encontrarse en una etapa de búsqueda de la identidad sexual. Puesto que existe un aumento en la atracción del sexo opuesto o de su mismo sexo, la necesidad de experimentar las sensaciones nuevas del cuerpo, considerando la etapa de una revolución, en la cual no se percibe la responsabilidad de las prácticas de riesgo para las enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados ni planeados.

2.9.2. Sexualidad

Hablar de sexualidad sin lugar a dudas nos remite cuestionar el papel del sector salud en la tarea educativa, vinculada al término sexualidad en la adolescencia donde se pretende explorar las diferentes connotaciones. Puesto que para el interés político institucional nos lleva a observarla como la práctica sexual a procrear, dejando a un lado las implicaciones subjetivas del rol, el comportamiento y el conjunto de símbolos que pueden llegar a conceptualizar la sexualidad.

Para fines de la temática, se realiza una selección de las recomendaciones teóricas respecto a la conceptualización de sexualidad, siendo ésta uno de los propósitos en los talleres, que se exploren diferentes aportaciones que amplíen la comprensión del fenómeno por lo que iniciaremos con el planteamiento de ¿qué es la sexualidad? A ello encontramos las aportaciones de que el concepto no es acabado y tiene diversos matices para su interpretación desde un enfoque biológico y social. Por lo tanto, desde las ciencias sociales, el concepto de la sexualidad

no es unívoco y su delimitación depende de la perspectiva teórica y disciplinaria que se adopte para el estudio. Designa ciertos comportamientos prácticos y hábitos que

involucran el cuerpo, pero también designa relaciones sociales, conjunto de ideas, moralidades, discursos y significados que las sociedades y sus instituciones construyen entorno a los deseos eróticos y los comportamientos sexuales” (Szasz, 2005, pág. 11).

Es decir, que dependiendo del enfoque encontramos las connotaciones en el término, que involucra conductas en el aspecto corporal y en las relaciones sociales, lo que complejiza su estudio, puesto que en ello también se encuentra las ideas, la moralidad y significados que van a estar vinculados con el momento histórico y la cultura de la sociedad en que se analiza. Ejemplo las relaciones de noviazgo dentro de un contexto rural son más enfocadas a que el hombre sea quien tiene mayor participación en el cortejo que la mujer, mientras que en sociedades urbanas, la mujer no es sancionada socialmente si corteja a un hombre.

Por otra parte, los enfoques que se abordan en nuestro país, se basan en las estadísticas de una salud reproductiva, más que las subjetividades de la sexualidad, puesto que existen más interpretaciones demográficas de las conductas sexuales a un enfoque de procrear hijos y no a sus múltiples connotaciones que lleva implícito el término de la sexualidad. Por tanto los significados del comportamiento sexual se han dejado de lado para las ciencias sociales más que para el enfoque biológico, que explica la anatomía y fisiología del individuo como parte de la sexualidad, y a ello surge la interrogante ¿El sexo es sinónimo de sexualidad? La respuesta a ello lo encontramos en que con frecuencia se comprende como igual, sin embargo el primer término nos lleva a significado biológico de una separación entre hombre y mujer, mientras que el segundo tiene implicaciones subjetivas de comportamiento erótico, a partir de una condición biológica que nos caracteriza como hombre o mujer.

Esto nos permite aclarar que la palabra sexo “originalmente solo significa tipo. La palabra latina *sexus* significa *secare*, cortar, separar, que remite a la separación de la humanidad en dos tipos: femenino y masculino (Haeberle, 2009, pág. 9). Lo que nos lleva a comprender que el sexo es el término que se usa para designar a un hombre y a una mujer por la presencia de una diferencia en órganos reproductivos.

Por tanto a ello, se le nombra sexo físico, que es lo que define a un hombre y a una mujer, dentro de este término se establece:

Sexo cromosómico: es aquel que se caracteriza por las células del cuerpo femenina representando dos cromosomas X, mientras que las del masculino contienen XY.

Sexo gonadal: se refiere a que el cuerpo femenino tiene ovarios, es decir glándulas sexuales y el cuerpo del hombre tiene testículos.

Sexo hormonal: las hormonas producidas en las glándulas juegan un papel importante en el cuerpo, especialmente en la niñez y pubertad, influyen en exceso o la deficiencia en la apariencia y la función física del hombre o mujer.

Órganos sexuales internos: se subdividen en los hombres se refiere a la vesícula seminal y próstata y en las mujeres a las trompas de Falopio, útero y vagina.

Órganos sexuales externos: en la mujer se refiere al clítoris, labios mayores y menores. En el hombre al pene y un escroto (Haeberle, 2009, pág. 9).

Lo anterior nos apoya a definir y comprender mejor el concepto de sexo, con una explicación biológica que describe la anatomía del aparato reproductor del hombre y la mujer, y los componentes que lo integran, señalando con ello la diferencia física que existe en ambos sexos. Mientras que la sexualidad nos habla de la subjetividad del comportamiento del ser humano en relación a lo sexual.

Retomando una de las aportaciones de Nelson Minello citado por (Szasz, 2005, pág. 36) menciona que pensar la sexualidad socialmente significa abordar, las relaciones sociales, así como el sentido que dan los protagonistas de esa relación, es decir, que los significados de la sexualidad se vinculan a cómo se relacionan los heterosexuales y homosexuales, en ello ya se tiene implícito el sexo, más este no es sinónimo de sexualidad solo es un elemento. Los estudiosos de la sexualidad, señalan que los significados son parte

...de una construcción sociocultural e histórica que cambia según la región del mundo, la cultura, el género, la etnia, la clase social y la generación de pertenencia. La cual busca el significado de las prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores en torno a la satisfacción de los deseos eróticos, así como los deseos mismos y su significado para la subjetividad e identidad de las personas” (Szasz, 2005, pág. 14).

Desde esta perspectiva se observa la importancia de la simbología en las relaciones que se establecen entre hombres y mujeres, entre mujeres y mujeres, hombres y hombres, que aborda desde las prácticas de cortejo hasta los símbolos eróticos que satisfacen al individuo de

acuerdo a un sistema de creencias, conductas, ideas y valores que son aprobados socialmente en el contexto social en el que se desarrolló, puesto que no son los mismos rituales de cortejo en un entorno pauperizado que en una clase media.

Por tanto, podemos resumir que la sexualidad “consiste en un conjunto de relaciones que son específicas y culturalmente. A un comportamiento, un deseo o una fantasía los vuelve sexuales los significados socialmente aprendidos” (Szasz, 2005, pág. 11). Dentro de estos significados encontramos las prácticas, creencias, ideas y valores que se posee, para expresar y satisfacer los deseos y no sólo la parte de procreación, sino que lleva consigo una subjetividad en los símbolos de estos comportamientos de acuerdo a la cultura y la época histórica en la que se vive.

2.9.3. Métodos anticonceptivos

Una de las inquietudes que han surgido en la promoción a la salud reproductiva y sexual es el uso de los métodos anticonceptivos, estableciendo con ellos la responsabilidad de las prácticas sexuales y proporcionando una opción para prevenir embarazos no deseados a temprana edad.

Los métodos anticonceptivos son definidos como “instrumentos que nos permiten cristalizar las estrategias de planificación familiar para tener el número de hijas e hijos que planeamos, en el momento o en los momentos deseados” (CONAPO, Métodos de planificación familiar, 1999, pág. 20). Es decir, un medio que permite interrumpir o prevenir el proceso de fecundación en las relaciones sexuales de una pareja heterosexual.

Esta elección va acompañada de los planes personales o de pareja respecto a la procreación y en base al ejercicio de los derechos reproductivos sobre decidir en tener o no tener hijos. Así como se debe de ajustar a las creencias y valores de los individuos, conociendo el usos, las ventajas y desventajas que puede presentar cada uno de ellos. Los métodos anticonceptivos se pueden dividir en tres grandes grupos, los cuales consisten en temporales, definitivos y naturales.

3.9.3.1. Métodos anticonceptivos temporales

Dentro de esta clasificación vamos a encontrar a todos aquellos que permiten un efecto temporal, es decir sólo por un tiempo determinado que impide la fecundación, entre los cuales se encuentran los hormonales orales, hormonal inyectable, parches, implante, dispositivo. Que se describen a continuación.

Hormonales orales: “son métodos temporales cuya efectividad (que va del 90 al 97 por ciento de los casos) depende de que, quien los usa, ingiera las tabletas o las píldoras anticonceptivas en forma correcta, es decir, durante 21 días de cada ciclo menstrual, o ininterrumpidamente cuando la presentación es de 28 pastillas, según lo marquen las instrucciones del producto” (CONAPO, Métodos de planificación familiar, 1999, pág. 52). Su presentación es en píldora y su control es mensual. La efectividad de este método es de acuerdo al uso correcto que se emplea. En cuanto a los efectos colaterales depende del organismo de cada mujer entre los cuales se encuentran, nauseas, vomito, mareo, aumento de peso, cambios en el estado de ánimo, malestar estomacal, coágulos de sangre, entre otros.



Imagen 2 Ilustración de píldoras anticonceptivas

Hormonales inyectables: se caracterizan por ser “métodos temporales de larga duración cuya efectividad (mayor al 99 por ciento de los casos) depende de que, quien los usa, una vez aplicada la primera inyección, se aplique con regularidad las siguientes inyecciones cada uno, dos,

o tres meses: de acuerdo con las indicaciones que correspondan al producto utilizado” (CONAPO, Métodos de planificación familiar, 1999, pág. 53).



Imagen 3 Ilustración de hormonal inyectable

Las presentaciones del hormonal inyectable son inyecciones mensuales, bimensuales y trimestrales. Algunos de los efectos colaterales que llegan a presentar son: sangrados por periodos, dolor en senos, aumento de peso y dolor de cabeza.

Implante sub-dérmico: se presentan en forma de una barrilla de aproximadamente 5 centímetros que se inserta en el brazo izquierdo;

con un procedimiento de cirugía menor, debajo de la piel. La acción de los implantes se extiende hasta por períodos de cinco años continuos, después de la inserción. Es importante asegurarse que un especialista extraiga con oportunidad los implantes dentro del tiempo acordado. La efectividad de los implantes es mayor al 99 por ciento de los casos y su uso reduce muchos de los efectos colaterales que producen otros hormonales” (CONAPO, Métodos de planificación familiar, 1999, pág. 53).

En seguida se puede observar el implante ya insertado en el brazo de una mujer.



Imagen 4 Ilustración del implante sub- dérmico

Los parches anticonceptivos: como su nombre los dice son “parches con pegamento que se adhiere en la piel. Este libera dos hormonas que evitan el embarazo. Su presentación es en color carne con un tamaño de 5 X 5 centímetros” (Zurita Jimenez, 2001, pág. 1). El modo de uso es tres parches por mes, iniciando a colocarse el primer parche con el primer día de menstruación del mes, en una zona de la piel limpia y sin vello que corresponda a los glúteos, brazo, dorso y abdomen. La duración del parche es de una semana, para que se coloque el segundo parche y nuevamente a la siguiente semana el tercer parche dejando descansar la semana cuatro del mes. Un ejemplo de ello se presenta a continuación:



Algunos de los efectos colaterales que puede presentar el uso de los parches anticonceptivos son: “dolor de cabeza, síntomas parecidos a una gripe, sensibilidad mamaria, nauseas, migraña y ligero sangrado intermenstrual” (Zurita Jimenez, 2001, pág. 1).



Imagen 5 Colocación del parche anticonceptivo

Dispositivo intrauterino: otro de los métodos anticonceptivos temporales es el dispositivo intrauterino, tradicionalmente conocido como la T de cobre “es un objeto ligero y pequeño que se coloca en el interior del útero. Con mucha frecuencia tiene forma de “T” y está hecho con diferentes materiales, (plástico y cobre, entre otros) (CONAPO, Métodos de planificación familiar, 1999). Colocándose en el útero o matriz de la mujer con una duración de 3 a 5 años de efectividad.



Imagen 6 Ilustración de dispositivo intrauterino de la T de cobre y el levonorgestrel

Es importante que las personas que son usuarias de este método, acudan a revisiones periódicas con el especialista para el control del mismo. Los efectos colaterales que se llegan a presentar con el dispositivo intrauterino son: “dolor pélvico durante el periodo menstrual. Aumento a la cantidad y duración del sangrado menstrual” (Norma Oficial Mexicana, 1993, pág. 21), con el DIU tradicional conocido como la T de cobre, mientras que con el levonorgestrel, es para un periodo de tres años de colocación y tiene liberación hormonal, su composición es de plástico, lo que no presentan los síntomas que con el tradicional, por lo que es recomendable en personas que tuvieron efectos adversos con el de cobre.

2.9.3.2. Métodos anticonceptivos definitivos

Esta segunda clasificación se orienta a una decisión en la cual no se desea tener hijos, puesto que es un método permanente tanto en el hombre como en la mujer. Los cuales son para el sexo femenino la oclusión tubaría bilateral y en el hombre la vasectomía.

La oclusión tubaría bilateral, es método definitivo que se realiza a las mujeres y consiste en “la oclusión de las trompas de Falopio, con el fin de evitar el paso de los óvulos. Esta operación requiere anestesia y una breve hospitalización. La esencia de esta operación consiste en impedir que los óvulos maduros entren en contacto con los espermatozoides que, procedentes de la vagina, avanzan en su búsqueda, para fecundarlos (CONAPO, Métodos de planificación familiar, 1999, pág. 59). Una ilustración de la intervención quirúrgica se muestra en la siguiente imagen de la parte inferior.

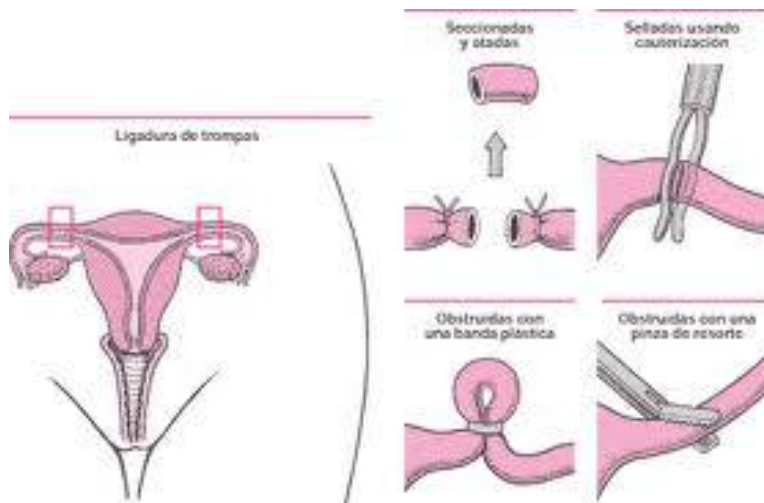


Imagen 7 Ilustra la oclusión en las trompas de Falopio.

Vasectomía: es un método también definitivo y permanente que consiste en “una operación sencilla que se realiza con anestesia local y que dura aproximadamente 20 minutos, donde se cortan los conductos seminales, cerrando los extremos resultantes. La cual impide que los espermatozoides (que se producen en los testículos) pasen a través de los conductos seminales y desemboquen en el pene” (CONAPO, Métodos de planificación familiar, 1999, pág. 58). Como se aprecia en la imagen 8 de la parte inferior que ilustra la intervención quirúrgica que se

realiza en parte de los órganos sexuales del varón. El cual no afecta en la funcionalidad, ni en la satisfacción de deseos sexuales o eróticos.



Imagen 8 Ilustración de la vasectomía

2.9.3.3. Métodos anticonceptivos naturales

El contemplar el aspecto de métodos naturales nos lleva a definirlos como aquellos que se “basan en el conocimiento y la observación de los signos y síntomas relacionados con el ciclo menstrual” (CONAPO, Métodos de planificación familiar, 1999). Quienes deciden usar estos métodos deben de conocer el lenguaje de su cuerpo y el de su pareja para lograr la efectividad del mismo. Puesto que de no identificar los signos que se presentan en el cuerpo los lleva al fracaso del mismo. Dentro de esta clasificación citaremos el método del calendario, Billings, y el de la temperatura basal.

El ritmo o del calendario: este método natural se caracteriza por la observación constante de los ciclos menstruales, para identificar los días de ovulación dentro de estos ciclos. Por lo cual la instrucción del uso de este método consiste en que:

“la menstruación representa una señal que indica el fin de un ciclo y el principio del siguiente. La pareja tienen que marcar sobre un calendario, con mucha precisión, el primer día de cada menstruación. Mes tras mes, cuando la mujer es exacta en un ciclo menstrual

de 28 días. Se puede tener práctica sexual los días 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 de su ciclo. Después tendría que practicar abstinencia sexual los días 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17 y finalmente del 18 al 28 día volver a tener relaciones sexuales” (CONAPO, Métodos de planificación familiar, 1999).

Lo cual implica que ambos se involucren en identificar los días fértiles en que se encuentra la mujer y abstenerse sexualmente los días de fertilidad si no se desea embarazarse, pero si se busca un embarazo son los día de mayor probabilidad para lograrlo. En la siguiente imagen se representa un ciclo menstrual de 28 días con ejemplo de los días fértiles y no fértiles.

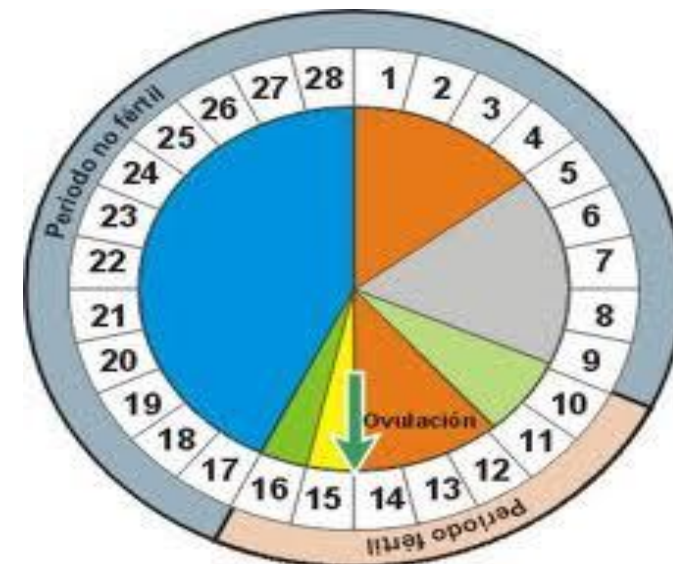


Imagen 9 Ilustración del método del calendario

Como se puede apreciar en la anterior imagen 9, los días del 1 al 4, son de presencia de sangrado por menstruación, del día 5 al 9 se puede tener relaciones sexuales y los días del 10 al 16 indican periodo fértil y ovulación con mayor riesgo para la fecundación, y los días del 17 al 28, representados con color azul en periodo no fértil y se recomienda volver a iniciar las relaciones sexuales.

Método de la temperatura basal: se trata de que mediante la temperatura que se registra en las primeras horas del día y en estado de reposo se identifique los grados de temperatura que presenta el cuerpo de la mujer. Sin embargo,

“cuando una mujer ovula (es decir, cuando su óvulo madura y se desprende del ovario) su temperatura aumenta de manera muy ligera pero perceptible: el termómetro marca un aumento de unas 2 a 5 décimas de grado centígrado. Este aumento en la temperatura indica la presencia de un óvulo maduro y, por lo tanto, anuncia a las parejas que tienen que abstenerse de sostener relaciones sexuales si quieren evitar un embarazo no planeado” (CONAPO, Métodos de planificación familiar, 1999).

Es decir, el manejo del método de la temperatura basal, está sujeto al uso de un termómetro y durante la primera hora de despertar llevar un registro de la temperatura y cuando se observe un aumento, nos indica ovulación, por lo cual no se recomienda tener coito con la pareja.

Para comprender mejor este método se describe las instrucciones respecto a los pasos que se deben llevar a cabo:

1. A partir del inicio de la menstruación, abstenerse de tener relaciones sexuales.
2. Tomarse la temperatura basal cada mañana antes de levantarse, comer o beber. La medición de la temperatura puede ser oral, rectal o vaginal, aunque la más exacta es la rectal.
3. Registrar diariamente la temperatura tomada para identificar el día en el que el termómetro marca el inicio del aumento en la temperatura basal.
4. Mantener la abstinencia sexual durante los tres primeros días de aumento de temperatura.
5. Reiniciar las relaciones sexuales a partir del cuarto día. Las relaciones pueden mantenerse hasta el inicio del siguiente ciclo menstrual (CONAPO, Métodos de planificación familiar, 1999, págs. 36-37).

Métodos de Billings: otra de las propuestas naturales, que al igual que los dos métodos naturales anteriores se centran en identificar los días de fertilidad en la mujer, para abstenerse de tener relaciones sexuales. Los signos que se deben observar en este método es el moco cervical, que explica un proceso de maduración de los óvulos.

Cuando un óvulo todavía no está maduro, cuando está en una fase de crecimiento, está en proceso de maduración, las secreciones de la vagina son escasas y pegajosas (podemos decir que son un poco secas). A medida que el óvulo comienza a madurar, las secreciones de la vagina comienzan a ser más abundantes y lubricantes (podemos decir que son más húmedas). Finalmente, cuando el óvulo alcanza su madurez y se desprende del ovario (durante la ovulación), las secreciones de la vagina toman la forma de un moco elástico que, si se toma y se alarga entre el dedo índice y el pulgar, no se rompe y forma una especie

de hilo, con una consistencia parecida a la de una clara de huevo: espesa, viscosa y transparente. Las parejas que practican el método de Billings tienen que analizar diariamente la secreción de la vagina (CONAPO, Métodos de planificación familiar, 1999, pág. 38).

Entonces podemos mencionar que el signo más significativo para este método es el moco con características de ser transparente, filante, y elástico, mediante la técnica manual con el dedo índice y pulgar para observar que no se corte el moco y con ello practicar la abstinencia sexual.

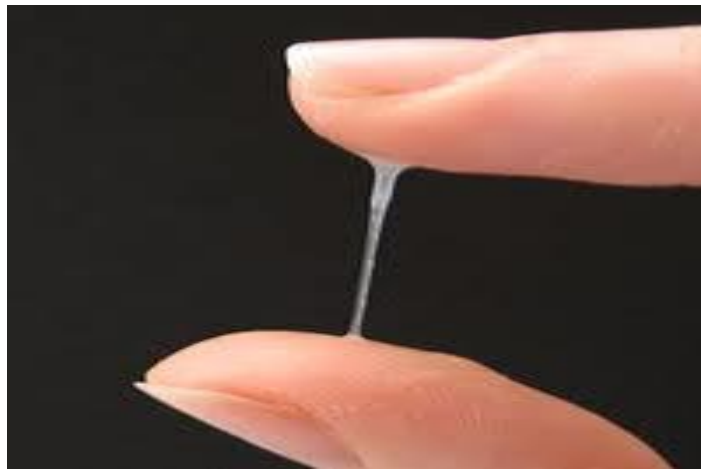


Imagen 10 Ilustración de las características del moco cervical, con datos de maduración del óvulo.

Si observamos la imagen anterior, podemos identificar la forma en que se presenta el moco cervical en el momento de la maduración del óvulo, así como la técnica a realizar para llevar a cabo el método del Billings, aplicando también la abstinencia sexual los días fértiles.

2.9.3.4. Otros métodos anticonceptivos

El preservativo: dentro de otra grande clasificación encontramos el método de barrera que se presenta con el nombre de preservativo o condón. “Es una “funda” o bolsa de plástico llamado látex, delgada y resistente, que se coloca en el pene erecto poco antes del contacto sexual. Al ocurrir la eyaculación, el semen que contiene los espermatozoides permanece dentro de esta funda y no se deposita en la cavidad vaginal” (CONAPO, Métodos de planificación familiar, 1999,

pág. 48). Se considera que su efectividad depende del buen uso y colocación del preservativo, la cual es del ochenta y cinco por ciento de efectividad en el preservativo masculino y un 77 por ciento en el preservativo femenino.

Los pasos para la colocación del preservativo masculino se sintetizan en los siguientes:

- Encontrarse en erección el pene
- Verificar la caducidad del producto.
- Sacar el preservativo y verificar que la parte donde está la forma de capuchón este hacia arriba y se pueda deslizar sin dificultad.
- Se sujeta la parte superior con forma de capuchón del preservativo para posteriormente, una vez erecto el pene colocarlo en el glande y baje a la base del pene evitando la formación de burbujas.
- Concluido el acto sexual, retirar el condón, cuidado que el semen que contiene no se salga (CONAPO, Métodos de planificación familiar, 1999, pág. 49).

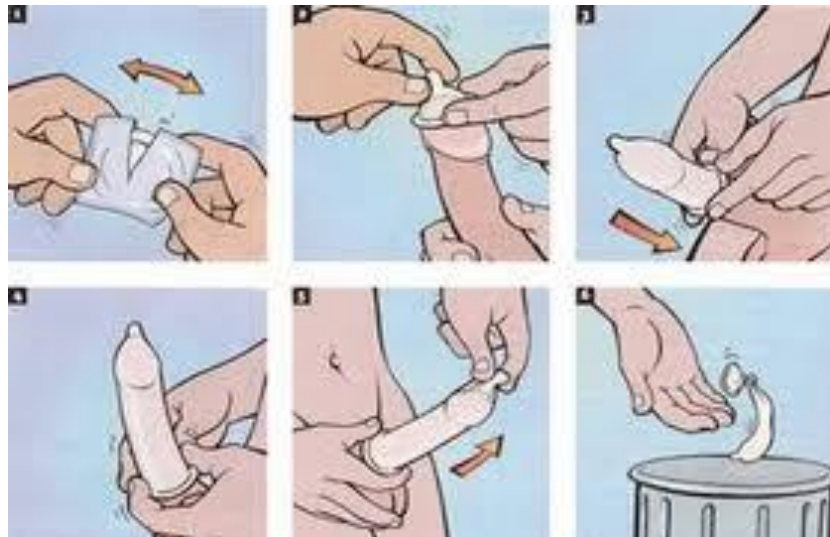


Imagen 11 Ilustra la técnica de colocación del preservativo.

Espermicidas: pertenecen a las “sustancias químicas que paralizan o inactivan la función de los espermatozoides. Para desarrollar su capacidad de inhibir las funciones de los espermatozoides” (CONAPO, Métodos de planificación familiar, 1999, pág. 50). El uso de estas sustancias se basa en la colocación en la zona genital de la mujer de 5 a 20 minutos anterior a tener relaciones sexuales y no realizarse lavado posterior al acto sexual, esperando una duración

de cinco a seis horas. Las presentaciones se encuentran en espumas, jalea, láminas, supositorios, tabletas y cremas.

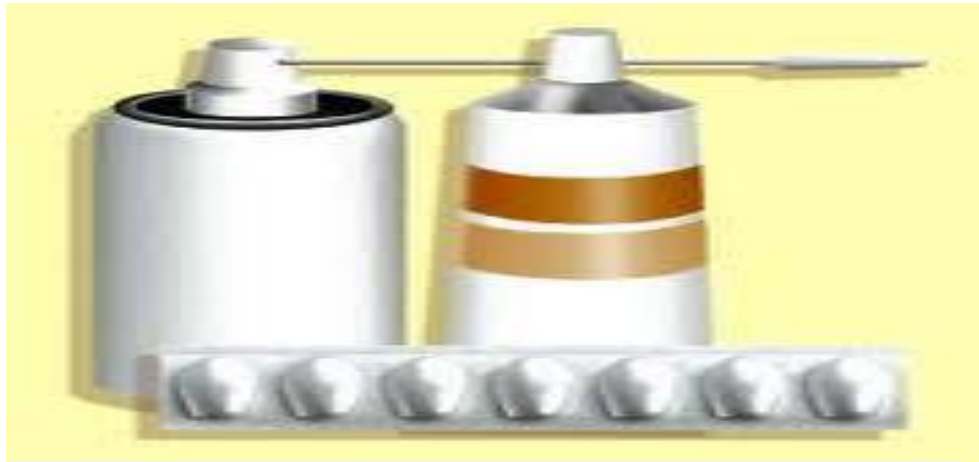


Imagen 12 Ilustración de espermicidas.

Este tipo de método anticonceptivo puede provocar efectos colaterales de “fenómenos de inflamación local en personas sensibles a los ingredientes de la formulación y reacciones alérgicas” (Norma Oficial Mexicana, 1993, pág. 25). Las reacciones dependen de cada organismo, al igual que los otros métodos anticonceptivos.

La revisión de cada uno de los métodos anticonceptivos que se presentan en este apartado, se basan en describir las generalidades de los mismos, puesto que cada uno presenta una serie de elementos que complejizan el uso y manejo. Por ejemplo abordar las características de quienes son candidatas a cada método y porqué, para que enriquezca la decisión libre e informada de su uso.

2.10. Género y salud

Abordar el tema de salud desde un enfoque de género nos permite observar otro panorama de los servicios de salud y abrir nuevos horizontes que analizan la problemática desde otras perspectivas que para fines de este trabajo abordaremos las connotaciones sociales.

El fenómeno de género, trae consigo una complejidad dentro del quehacer de la salud, por lo que trataremos de abordar algunas definiciones, para posteriormente articularlo con el aspecto de salud. Sin lugar si observamos el actuar del personal médico, encontramos que los servicios son dirigidos de manera desigual entre hombres y mujeres, algunas de las respuestas las encontramos en estas desigualdades son justificadas por los roles sociales y por explicaciones biológicas propias de cada sexo.

A ello es importante cuestionar ¿qué es el género? y ¿qué relación tiene con la salud? dando respuesta a la primera interrogante encontramos definiciones desde las ciencias sociales, donde se caracteriza como;

“el género son las construcciones basadas en el dimorfismo sexual, así como a las relaciones sociales basadas en esta diferencia, como una forma primaria de relaciones de poder. Básicamente se abordan las relaciones entre hombres y mujeres como construidas socialmente donde las diferencias de género se moldean por determinantes ideológicos, históricos, religiosos, étnicos, económicos y culturales” (Tepichin, 2010, pág. 35).

Esta óptica en la que se interpreta el termino de género, nos permite reflexionar sobre los roles y características del ser hombre o mujer, considerando las diferencias biológicas del sexo y conjunto de comportamientos, creencias, ideologías y rituales que nos llevan a un escenario de las relaciones en un contexto social y que este a su vez influye en el comportamiento social, estableciendo tipos de masculinidad y tipos de feminidad, donde se han observado a lo largo de la historia relaciones de poder y de desigualdad entre ambos.

Esta connotación nos lleva a vincular género y salud, desde una construcción social en la que se establecen relaciones de poder. Por tanto, se refleja en desigualdad al momento en que se brinda un servicio y con protección hacia la mujer. Puesto que los programas y las mismas políticas sociales, nos hablan de un enfoque de atención hacia el sexo femenino que al masculino, por ejemplo dentro del programa de Desarrollo Humano Oportunidades, se establece que el titular del programa está representado por la jefatura femenina, así como los servicios de atención a la violencia contra las mujeres.

Si observamos un día las salas de espera en las clínicas de salud, nos daremos cuenta que la población que más asiste es femenina, que también puede obedecer a datos demográficos, sin embargo, es mayor la demanda de los servicios por mujeres y niños que por hombres.

Como se cita en líneas anteriores las relaciones de poder que se llegan a presentar en la masculinidad, tienen impacto en la salud como la violencia, el consumo de sustancias psicoactivas y accidentes como resultado de un comportamiento machista o por la competitividad de ser iguales se llevan a cabo las mismas prácticas socioculturales entre hombres y mujeres que presentan algunas enfermedades.

Por otra parte, encontramos las explicaciones biológicas de la atención dirigida más a un grupo de población, identificando que dentro del aspecto biomédico se analiza algunas enfermedades y sus factores de riesgo con mayor vulnerabilidad al sexo femenino que a varones. Es decir, afecciones que solo se desarrollan en hombres o mujeres, tal es el caso del cáncer cérvico-uterino.

En este sentido la perspectiva de género, explica los efectos biológicos que perjudican la salud de hombres y mujeres por las construcciones sociales. Comúnmente son interpretadas como relaciones de poder del sexo masculino. Por lo frente a ello se promueve una equidad de género que permita mejorar la salud de cada individuo.

2.11. Violencia

Una de las preocupaciones dentro de la salud pública es el fenómeno de la violencia intrafamiliar que se presenta en la población mexicana, así como el observar los efectos de la sociedad con problemas y causas de la misma. Por lo tanto, dentro del sistema de salud en el 2005, legisla la norma oficial mexicana 046, que establece lineamientos y unifica definiciones para atender la violencia, su tipología y pautas de prevención que obstaculiza el desarrollo integral de ser humano.

Una de las líneas a seguir en este tema es el fomentar la identificación de la violencia intrafamiliar comprendida esta como “el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un

miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra” (Secretaría de salud, 2009, pág. 13). Esta definición habla de la acción que se realiza en contra de otro, que puede suceder dentro del espacio doméstico o fuera del mismo, permitiendo reflexionar sobre las connotaciones del parentesco y la esfera de lo familiar.

Esta percepción se basa en un enfoque jurídico de la acción de maltrato o agresión de una persona a otra. Otra de las aproximaciones al concepto de violencia lo vemos desde la óptica de género donde se puede citar que “la violencia es un conjunto de prácticas asociado con la masculinidad y la representación social de los varones. Si pensamos en la guerra, en las imágenes que promueven los medios y las narrativas que recoge la historia, los hombres son protagonistas; la figura del soldado que defiende, ataca y muere por la patria forma parte de ese imaginario social sobre la guerra” (Tepichin, 2010, pág. 61). Esto lo traducimos a las relaciones de poder y la violencia de género en contra de las mujeres y niños dentro del espacio doméstico.

La anterior aportación permite acercarnos a la perspectiva de género en la violencia intrafamiliar, puesto que de acuerdo a las estadísticas que reportan las Encuestas Nacionales de Violencia de las Mujeres (ENVIM) en el 2006, nos reportan que dentro de lo doméstico la agresión se observa principalmente contra las mujeres, posteriormente los niños. Una de las explicaciones la podemos encontrar en este concepto del imaginario social en el cual se centra el protagonismo de la masculinidad y la carga histórica y cultural de los roles de feminidad que se propician relaciones de poder, siendo este el artefacto para la agresión expresada de diferentes formas, unas tan evidentes como son los golpes o fracturas y otras tan silenciosas con la misma complejidad del fenómeno con conductas y actitudes que afectan los estados emocionales de quien se encuentra vulnerable a la agresión.

Para estas formas de expresar la agresión en el contexto doméstico se define una tipología que permite separar las conductas y especifica el maltrato y la agresión entre los miembros de un grupo doméstico. Por lo cual se establecen los siguientes tipos:

Violencia física: se refiere al uso de la fuerza física o de armas de ataque que lesionan o hieren.

Violencia psicológica: consiste en el abuso emocional, maltrato o menoscabo de la estima hacia una o varias personas, mediante críticas, amenazas, insultos, comentarios despectivos y manipulación por parte del agresor.

Abandono: es el acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tiene obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la vida.

Violencia sexual: se refiere a todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios insinuantes sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante la coacción por otra persona independientemente del espacio donde se presente.

Violencia económica: consiste en el control del dinero, a no informar el monto de los ingresos familiares y a impedir el acceso a ellos.

Violencia patrimonial: cuando existe control del patrimonio, herencia o bienes de la pareja o hijos” (Secretaría de salud, 2009, pág. 16).

Como se puede observar, hay diferentes formas en que se presenta la violencia, la complejiza en el escenario doméstico, puesto que va desde los golpes, fracturas, herida por arma o con objetos, por otra parte se encuentran los insultos, agresiones que afectan el estado emocional de las personas, como los podemos ver en actitudes de minusvalía, devaluación de la persona, burlas, amenazas entre otras. Apareciendo con ella otro tipo el cual lo denominan abandono que se refiere a no atender a las necesidades básicas de un individuo que requiere de otro.

2.11.1 Causas de la violencia intrafamiliar

La violencia es un problema social y de salud multifacético, que no puede ser sólo un factor lo que determina la presencia de la misma. Por lo tanto los estudios realizados sobre este fenómeno explican algunas de las posibles causas que la generan en un espacio doméstico y fuera.

“una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer. Los factores que influyen en estas relaciones desequilibradas de poder comprenden: los mecanismos socioeconómicos; la institución de la familia, en la cual encuentran expresión, precisamente, dichas relaciones de poder; el temor de la sexualidad femenina y el control que se ejerce sobre ella; la creencia en la superioridad

innata del varón; y las sanciones legales y culturales que tradicionalmente niegan a mujeres y niños una condición de independencia legal y social” (DIGEST, 2000, pág. 8).

Esta aportación nos permite analizar desde un enfoque de género, puesto que cita las relaciones de poder que se establecen entre un hombre y una mujer en el escenario doméstico. Por tanto, las causas surgen de una construcción social, cultural, ideológica e histórica de la violencia en el plano familiar, lo que permite analizar en dos sentidos: el primero parte de un factor sociocultural donde se aprende a ser violento y se aprende a ser maltratado, mientras que por otro sentido se vincula el maltrato intrafamiliar a una situación sólo económica, como se ilustra en el cuadro 7.

Causa de la violencia familiar	Descripción de los factores causantes de la violencia intrafamiliar
Socioculturales	<ul style="list-style-type: none"> • Definiciones culturales de roles sexuales. • Creencia de superioridad del varón. • Concepción de la familia como esfera privada bajo el control del varón. • Tradiciones matrimoniales (el dote o venta de la novia) • Consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias ilegales. • Aceptación a conductas de violencia por parte de algún miembro de la familia. • Pobreza. • Bajo nivel educativo.
Económicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependencia económica de la mujer hacia el hombre. 2. Desempleo. 3. Bajo nivel de ingresos familiares. 4. Restricciones en el acceso de las mujeres al mercado laboral informal o formal.

Cuadro 7 Causas de violencia intrafamiliar. Fuente: (DIGEST, 2000, pág. 7)

Observando el anterior cuadro, nos lleva a dos categorías en que se centran las causas principales para que se presente una situación de violencia intrafamiliar, puesto que las relaciones de poder al interior de los hogares, subraya la vulnerabilidad de los miembros de la familia que son dominados por la figura masculina en la mayoría de los casos, puesto que esta identidad sociocultural que se le agrega al rol masculino de dominio y superioridad, lo coloca como protagonistas de las acciones violentas, el abuso de sustancias psicoactivas y el que dependen económicamente la familia al proveedor principal.

Por otra parte se pueden presentar casos en los cuales aun y cuando la mujer participa en el mercado laboral, existen los factores de que tienen una concepción de la familia como esfera

privada y bajo el control del varón, así como el que el varón consume alcohol y tabaco, aunado a ello la falta de recursos económicos, posibilitando más las acciones violentas entre miembros.

Cuando se viven situaciones de violencia en los hogares, se presentan de forma viciosa en las cuales es difícil que las víctimas de violencia puedan identificar la forma repetitiva de las conductas agresivas y de maltrato hacia ellas. Por lo que en base a estudios se le han denominado a ello el círculo de la violencia que se presenta mediante etapas y nuevamente reinician el ciclo, de tal manera que es vicioso. Estas etapas son: “acumulación de la tensión, contención, violencia explícita, remordimiento, promesas, reconciliación e inicia y crece la tensión” (Secretaría de salud, 2009, pág. 25).

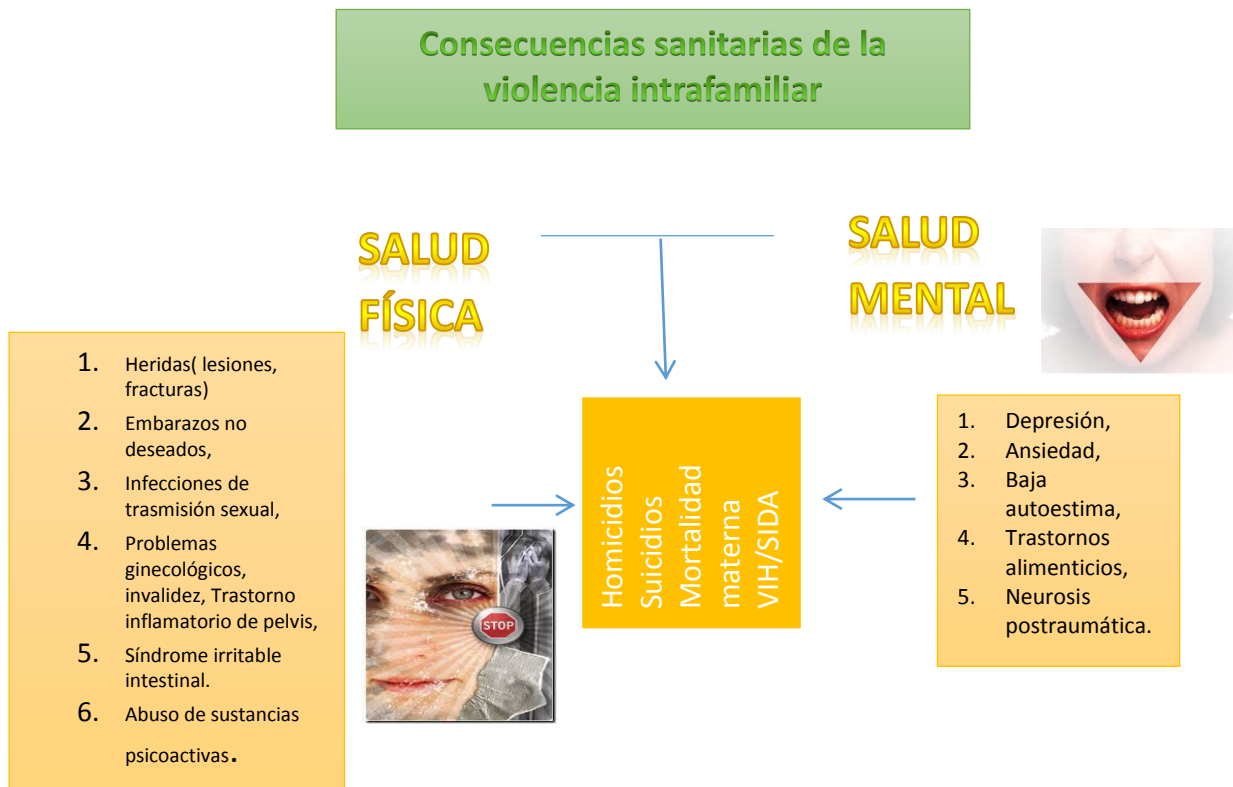
Como se presentan las etapas, se da inicio con la acumulación de la tensión, es decir existen problemas laborales, económicos, dependencia a una sustancia psicoactiva, mala comunicación entre miembros de la familia que permite ir aumentando el estrés. La segunda etapa es caracterizada por la contención, en ella se busca un medio de control de la tensión acumulada, en la tercera se presenta la violencia de forma explícita, como puede ser los insultos por problemas económicos, necesidad de la sustancia psicoactiva, maltrato psicológico o verbal. Posteriormente se da la cuarta conocida como remordimiento, en ella el agresor se siente culpable y arrepentido y la víctima minimiza lo sucedido y también adquiere culpa y justifica la acción violenta, porque considera que tuvo razón para agredir. En la quinta etapa se refiere a las promesas, se asume un papel que de acuerdo a lo confundido emocionalmente, está dispuesto a cambiar y mejorar la situación. En la sexta se observa la reconciliación o también conocida como luna de miel, donde ambos niegan las dificultades y existe un propósito a cambiar para estar viviendo sin agresión y nuevamente se repite el ciclo.

Lo que explica que se encuentran dentro de una situación en la cual no es fácil que se den cuenta del problema que se presenta y se tomen decisiones en beneficio de la unidad doméstica, puesto que

“existe una creencia, muy extendida, que sostiene que las mujeres que viven en situación de violencia tienen cierta responsabilidad en ellas, es decir, la provocan o la propician y, además, la toleran porque les gusta. No es así. Estas apreciaciones impiden la comprensión acerca de la enorme dificultad e incluso la imposibilidad de las mujeres para romper el ciclo de violencia sin ayuda externa” (Secretaría de salud, 2009, pág. 24).

De acuerdo a lo anterior, es de importancia de identificar el ciclo y comprender la conducta que se manifiesta en una situación de violencia, lo que complejiza y hace necesaria la prevención de la misma, evitando con ello las consecuencias que se presentan y en muchos casos son minimizadas o no conscientes de ello. Por lo que enseguida se muestra en el siguiente esquema 3 que describe las consecuencias sanitarias que se han observado en mujeres violentadas.

Cuadro de consecuencias de la violencia intrafamiliar



Esquema 3 Consecuencias sanitarias por la violencia intrafamiliar.

La estructura del anterior esquema, nos lleva a agrupar las consecuencias sanitarias en dos grupos, por una parte los efectos en la salud física de la mujer y por otra parte en la salud mental, que articulándolas nos llevan a consecuencias severas donde se puede sufrir homicidio, suicidio, muerte materna o ser infectado por el VIH/SIDA. Puesto que la agresión y maltrato va creciendo, y las lesiones son más graves en la salud física, que repercuten en homicidios o afectar más la salud mental, orillando a las mujeres que viven violencia a presentar depresión y ansiedad,

así como neurosis que en algunos de los casos si no son atendidas llegan al suicidio. Por tanto la prevención es una posible solución al problema de la violencia, aunado a ello la educación en equidad de género.

CAPÍTULO 3

ALTERNATIVA EDUCATIVA DE LOS TALLERES COMUNITARIOS

3.1 Planeación

En este apartado se aborda la planeación educativa con enfoque en talleres comunitarios, la cual pretende describir un plan de acción que busca trazar las directrices de implementación de acciones, estrategias y técnicas enfocada a las fases del proceso de enseñanza- aprendizaje en tres fases: el desarrollo del taller que consisten en preinstruccionales (inicio), constructivales (durante) y las postinstruccionales (término), en ellas se esboza la secuencia de cómo intervenir y guiar los aprendizajes. En plan de acción está diseñado mediante los apartados de las fases, estrategias, técnicas, actividades y recursos. Los cuales se describen enseguida.

Etapa 1: presentación y promoción de la propuesta de intervención

Estrategia

- Asamblea con el equipo de trabajo. Conformado por un médico, enfermera y trabajo social. Para tomar acuerdos y sugerencias en la ejecución del proyecto.

Técnica

- Divulgación /sensibilización del proyecto

Actividad a realizar

- Reunión con el personal del módulo 3 de atención médica de Jacona.
- Presentación de estructura del proyecto de intervención educativa en talleres.

Etapa 2: fase de planificar (primer espiral)

Estrategia

- Cartas descriptivas.
- Organizar y gestionar los materiales y recursos existentes.

Técnica

- Organigramas, cronogramas y cartas descriptivas de los talleres.

Actividades

- Elaborar cartas descriptivas de los talleres comunitarios sobre los temas de adolescencia, sexualidad y métodos anticonceptivos.
- Elabora material didáctico que apoya el abordaje de la temática.

Etapa 3: fase de implantación de la propuesta educativa en los talleres.

Estrategia

- Enseñanza socializada.
- Ilustración expresiva.
- Interacción con la realidad.
- Conservación y autoría.

Técnicas

- Interrogatorio
- Lluvia de ideas
- Demostrativa y análisis de fotografías o videos.
- Sociodrama
- Glosario de palabras claves

Actividades

- Desarrollo del taller comunitario sobre adolescencia, sexualidad y métodos anticonceptivos.
- Coordinar y dirigir el taller mediante las fases del proceso enseñanza- aprendizaje (preinstruccionales, coinstruccionales y postinstruccionales).

Etapa 4: fase de evaluación y replanificación

Estrategias

- Monitoreo de pares
- Valoración cualitativa de productos

Técnica

- Registro de observaciones mediante crónicas grupales por los adolescentes, diario y listas de control.
- Entrevistas informales, grabaciones, fotografías.

Actividades

- Elaboración del diario, crónica grupal y lista de control posterior al taller.
- Revisión del glosario de términos médicos y manejo de los mismos.
- Conversar de manera informal con los adolescentes y equipo de trabajo sobre la realización de los talleres y los aprendizajes construidos.

Etapa 5: fase de planificar (segunda espiral)

Estrategia

- Revisión y corrección de guiar el proceso de enseñanza- aprendizaje de los talleres comunitarios.
- Análisis y reflexión de la práctica.

Técnicas

- Revisión de bibliografía
- Carta descriptiva para los talleres de género y salud y violencia intrafamiliar
- Actividades
- Elaborar carta descriptiva del taller comunitario de Género y Salud y violencia intrafamiliar

- Diseño de material didáctico.
- Selección de bibliografía y artículos de género y salud

Etapa 6: implementación

Estrategias

- Focal introductoria.
- Ilustración descriptiva e ilustrativa.
- Interacción con la realidad.

Técnicas

- Construyendo un cuento, lluvia de ideas.
- Análisis de textos enfocados a la temática.
- Análisis de casos mediante videos o documentales
- Murales, discusiones y plenaria vinculada a su entorno social con la temática.

Actividades

- Realización del talleres comunitario sobre, género y salud, violencia intrafamiliar.
- Coordinar y dirigir el taller mediante los pasos o fase del proceso enseñanza- aprendizaje (preinstruccionales, coinstruccionales y postinstruccionales).

Etapa 7: evaluación

Estrategia

- Codificar y categorizar la información.
- Diseñar criterios de valoración cualitativa de la intervención en contexto no escolarizado con enfoque en adolescentes y el autocuidado en salud.

Técnicas

- Registro de observaciones mediante crónicas grupales por los adolescentes, diario y listas de control.
- Entrevistas informales, grabaciones, fotografías.

Actividades

- Elaboración del diario, crónica grupal y lista de control posterior al taller.
- Revisión del glosario de términos médicos y manejo de los mismos.
- Conversar de manera informal con los adolescentes y equipo de trabajo sobre la realización de los talleres y los aprendizajes construidos.

Etapas 8: sistematización

Estrategias

- Categorización.
- Conceptualización.
- Teorización.

Técnicas

- Descomposición y correlación racionalizada.
- Interpretación.
- Abstracción.
- Relato.
- Cualificación.
- Cuantificación.

Actividades

- Elaborar un borrador de los análisis, reflexiones e interpretaciones de la praxis educativa de los talleres.
- Elaborar un informe final de la investigación realizada.

3.2. Estrategias de implementación

Las estrategias a implementar en la propuesta de intervención educativa sobre los talleres de los adolescentes parten de la óptica constructivista que considera:

Que las estrategias se refieren al arte de proyectar y dirigir, las operaciones para lograr los objetivos propuestos. Así, las estrategias de aprendizaje hacen referencia a una serie de operaciones cognitivas que el estudiante lleva a cabo para organizar, integrar y elaborar información y pueden entenderse como procesos o secuencias de actividades que sirven de base a la realización de tareas intelectuales y que se eligen con el propósito de facilitar la construcción, permanencia y transferencia de la información o conocimientos (Campos, 2000, pág. 4).

Como se menciona en el párrafo anterior el seleccionar las estrategias de enseñanza-aprendizaje, permite guiar el proceso educativo y potencializar las habilidades que los adolescentes poseen, así como el construir nuevos conocimientos que favorezcan una cultura de prevención de las enfermedades y no sólo el acumulo de información sobre temas autocuidado en salud.

En ellas encontramos el apoyo y la dinámica del proceso de enseñanza- aprendizaje, que consta de las fases de inicio, durante y término. Las cuales se clasifican en:

Preinstruccionales (inicio) por lo general preparan y alertan al estudiante en relación con el qué y cómo van a aprender, esencialmente tratan de generar conocimientos y experiencias previas pertinente.

Coinstruccionales (durante) apoyan los contenidos curriculares durante el proceso mismo de la enseñanza- aprendizaje. Cubren funciones para que el aprendiz mejore la atención y detecten la información principal y logren una mejor codificación y conceptualización de los contenidos de aprendizaje.

Postinstruccionales (término) permiten al alumno formar una visión sintética, integradora e incluso crítica del material (Díaz-Barriga Arceo, 2005, pág. 143).

Lo anterior nos guía el proceso de enseñanza, y permite construir aprendizajes significativos en los adolescentes de los talleres, de una manera organizada y ordenada, por lo que se han seleccionado las siguientes estrategias para conducir los talleres y evaluar su efectividad en la aplicación.

1. **Enseñanza socializada;** que consiste en “la integración social, el desenvolvimiento de la aplicación de trabajos en grupo y el sentido comunitario” (WALS, 2006: pág. 36) demandando así un compromiso en el rol de facilitador de los talleres y guiando los aprendizajes grupales al autocuidado, así como promover conductas individuales y colectivas a favor del grupo.
2. **Actividad focal introductoria;** “tiene como finalidad activar los conocimientos previos o crear una situación motivacional inicial” (Campos, 2000, pág. 2)
3. **Actividades generadoras de información previa,** con ella se busca activar la reflexión de las experiencias respecto a los conocimientos que los adolescentes tienen sobre las formas de prevenir algunos padecimientos en la localidad o entorno social en el que habitan.
4. **Interacción con la realidad,** con esta estrategia se “pretende que ya sea en la realidad, o mediante simulaciones y exploraciones, se interactúe con aquellos elementos y relaciones que contienen las características de la enfermedad de la que se pretende prevenir,³ por ejemplo la observación e interacción con videos, fotografías y dibujo” (Campos, 2000, pág. 3).
5. **Abstracción de modelos y mejorar la codificación de la información a aprender,** en ellas se busca “proporcionar la oportunidad para que el estudiante realice una codificación complementaria a la realizada por el facilitador⁴, o por el texto. La intención es que la información nueva se enriquezca en calidad al contar con una mayor contextualización o riqueza elaborativa, para una mejor abstracción de modelos conceptuales y asimilación” (Campos, 2000, pág. 5). Entre las cuales podemos citar la ilustración descriptiva, la ilustración expresiva, preguntas intercaladas y los juegos tradicionales (lotería, memorama, rompecabezas, etc).
6. **Conservación y autoría,** en ellas se busca la memoria de proceso, donde los adolescentes diseñen una sistematización de los contenidos, mediante la

³ Lo subrayado es mío.

⁴ Lo subrayado es mío.

elaboración de un libro con glosario de términos médicos o portafolio de los temas.

Con las anteriores estrategias se intenta adaptarlas al contexto informal donde se imparten los talleres comunitarios y se guía el proceso de enseñanza- aprendizaje, las cuales involucran a los adolescentes en su contexto y orientan a rescatar los saberes previos e interactuar con el entorno social que guie a la construcción de saberes socialmente productivos.

3.3. Financiamiento

Uno de los elementos importante de un plan es la parte financiera y de recursos, puesto que es la respuesta a la pregunta quiénes y con qué se van a realizar las actividades, por lo tanto dentro de esta propuesta se contemplaron los siguientes recursos que se clasifican en tres grandes grupos y son resumidos al finalizar en una tabla que describe la cantidad invertida o el costo de la intervención.

3.3.1. Recursos humanos:

Nombre	Cantidad
Personal de enfermería	1
Personal médico	1
Personal de trabajo social	1
Personal de nutrición	1
Adolescentes	12
Suma total	16

Tabla 1 Recursos humanos

La tabla 1 muestra los recursos con que cuenta la unidad médica para la realización de los talleres comunitarios para el autocuidado en salud, que son los personajes claves para la ejecución de la propuesta educativa.

3.3.2. Recursos Materiales

Nombre	Cantidad
Hojas blancas /oficio	100
Hojas blancas / carta	100
Fólder/ oficio y carta	20
Marcadores de agua	20
Cartulinas	10
Tinta para impresora	01
Hojas de rotafolio	50
Cinta diurex	02
Tijeras	15
Revistas	08
Resistol liquido	1 litro
Fotografías	70
Videos / documentales	15
Libros, folletos, artículos	50
Sillas/ bancos	15
Mesas	10
Tripee	01
Suma total	488 piezas

Tabla 2 Recursos materiales

Dentro de este apartado de recursos materiales nos encontramos con una de las necesidades más palpables identificadas en el diagnóstico de este estudio. Sin embargo, se plantea en la tabla 2, sólo los recursos que se contemplan para la ejecución de los talleres.

3.3.3. Recursos técnicos

Nombre	Cantidad	Costo unitario	Importe
Grabadora	1	1200	1200
Computadora	1	9000	9000
Impresora	1	1500	1500
Cámara fotográfica	1	3500	3500
Proyector	1	7000	7000
Suma total	5	22,200	22,200

Tabla 3 Recursos técnicos

Los recursos técnicos juegan la parte tecnológica en los talleres comunitarios, puesto que no se cuenta con material digital que se proyecte y ejemplifique las temáticas abordadas, o realizar la mezcla de contenido musical con ilustrativos, que de acercamiento a la cotidianidad de los casos de violencia, inequidad de género, métodos anticonceptivos y la complejidad de la adolescencia. Por ello la tabla 3 muestra los insumos técnicos a utilizar y el costo de los mismos, ya que no tienen en existencia en la unidad médica, lo cual genera un gasto de \$ 22, 200.00.

De acuerdo a los diferentes recursos citados en este apartado, podemos resumirlo en gastos generales que indican un total de \$ 22,200. 00, por concepto de los recursos técnicos, ya que los humanos y los materiales son cubiertos por la Secretaria de Salud del Estado. En cuanto a los recursos técnicos, fue solventado por autofinanciamiento de la facilitadora así como la gestión de préstamo de equipo en las fechas de ejecución del proyecto de ejecución.

3.4. Cartas descriptivas

La tarea de planeación y programación, implica el uso de instrumentos que faciliten y sistematicen el actuar de forma anticipada, por lo que es necesario el uso de las cartas descriptivas que permiten explicitar intencionalidades, objetivos, métodos y criterios, en un marco determinado.

Para comprender las connotaciones de cartas descriptivas es importante revisar su concepto, encontrando que conforman “una guía para orientar los cursos de una manera planeada, aunque flexible, hacia un rumbo determinado y con un método definido” (Haro Del Real, 1994, pág. 2). Es decir, la forma en que se diseña las actividades a realizar, contemplando los propósitos, los materiales, responsables, horarios, tiempos, espacios en los que se van a llevar a cabo, para lograr la intervención.

3.4.1. Taller 1: adolescencia y sexualidad

Propósito general

- Que los adolescentes identifiquen las características de la etapa de adolescencia y los riesgos en que se encuentran, para promover medidas preventivas desde su contexto sociocultural, mediante la participación y elaboración de audiovisuales.

Duración: 120 minutos

Materiales:

Textos de definición de adolescencia y sexualidad, hojas, lapiceros, cuadernos, computadoras, cámaras fotográficas.

3.4.1.1. Primera sesión

Actividad: ejercicio de gimnasia mental

Desarrollo de la actividad

El facilitador inicia invitando a los participantes a que se levanten de sus asientos y que formen un círculo, procurando no traer nada en las manos, posteriormente pide que estiren sus manos con palmas hacia arriba y que traten de repetir sin hablar los ejercicios solo viendo que realiza el facilitador (coloca una palma hacia arriba y con la otra mano va realizando una palmada, un puño y la coloca de forma vertical). Les pregunta que a quien se le facilito y continua ahora realizando los ejercicios entre todos pero repitiendo los movimientos con el apoyo del habla. Se destinan 5 minutos para que compartan como se sintieron y para que creen que les sirve ese ejercicio y si se les facilito o dificulto

Actividad: lluvia de ideas

Desarrollo de la actividad

Iniciar introduciendo el tema mediante lluvia de ideas, a través de lanzar la pregunta ¿Qué es la adolescencia? Una vez que aportan las ideas ir construyendo un concepto mediante sus opiniones, recogiendo lo que ellos opinan de la adolescencia, posteriormente se les pregunta ¿Qué cambios se presentan en esta etapa o cómo lo han vivido ustedes? así como ¿Qué riesgos en salud consideran que vive el adolescente y por qué?

Actividad: lectura de textos y elaboración de esquema o cuadro sinóptico

Desarrollo de la actividad

Se organiza el grupo en tres equipos y se reparten las siguientes lecturas:

Equipo 1.- La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad.

Notas: Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología, Vol. 4. Número 1. 2008. pág. 69-76.

Equipo 2.- Algunas apreciaciones sobre el concepto sociológico de juventud, Marcos A. Urcola. 2003

Equipo 3.- Conceptos y definiciones de adolescencia en <http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>

Cada equipo analiza las lecturas y va elaborando un cuadro sinóptico de lo más importante de la lectura, así como elaborar una lista de palabras que no conozcan su significado, para posteriormente exponer sus cuadros y aclarar entre todos el significado de las palabras desconocidas.

Cierre

El facilitador parte de las exposiciones de los cuadros elaborados o esquemas que realizaron los equipos y argumenta puntos de importancia, así como relacionar con su vida cotidiana los contenidos textuales analizados y promueve la reflexión y contraste con sus vidas.

3.4.1.2 Segunda sesión

Propósito

Que los y las adolescentes identifiquen y conozcan diferentes connotaciones de sexualidad, para que sean críticos y críticas de sus conductas y prácticas sexuales.

Duración: 150 min.

Materiales: Hojas blancas, lapiceros, película de Amarte duele, dvd, televisión, marcadores y cinta diurex, cámara fotográfica, computadora.

Actividad: ¿Qué entiendo por sexualidad?

Desarrollo de la actividad

El facilitador indaga sobre los conceptos construidos sobre la adolescencia, si les fue difícil o fácil identificar las características de la etapa de adolescencia. Posteriormente les indica que formen un semicírculo en el cual tratan de concentrarse y cierren los ojos y respiren. Una vez que todos tienen los ojos cerrados les pide que sólo se concentren en las preguntas que se les harán en seguida ¿Para ti qué es la sexualidad?, ¿Qué miedos tienes respecto a la sexualidad?, ¿Cómo vives tu sexualidad?, ¿Por qué es importante conocernos sexualmente?

Se deja un espacio para la reflexión y que escriban las ideas principales de estos planteamientos, posteriormente se le invita a compartir las respuestas de cada una de las preguntas, respetando los que quieren compartir. Con sus aportaciones se va construyendo un concepto de lo que creen de sexualidad, para posteriormente exponerles los conceptos de sexualidad y como un proceso biopsicosocial.

Actividad: análisis de película “Amar te duele”

Desarrollo de la actividad

Se les pide ver la película de **amar te duele**, donde se busca que contrasten las conductas de un adolescente o los cambios que presenta y por qué los presenta en base a las lecturas revisadas en la anterior sesión. Se abre una plenaria para discusión de la película.

Actividad: audiovisual de adolescencia

Desarrollo de la actividad

El facilitador invita a recorrer la colonia donde se encuentra el módulo de atención médica y que traten de observar a los y las adolescentes que ahí habitan. Les indica que mediante la observación ellos tomarán fotografías, donde traten de explicar uno de los aspectos abordados

sobre el tema de adolescencia y sexualidad que hemos visto, para posteriormente elaborar un audiovisual, que consiste en crear una explicación del tema mediante fotografías y audio, es decir que ellos elijan una canción y fotografías para explicar lo comprendido del tema.

Al concluir se hará la presentación de sus trabajos y en cada exposición, los demás tratarán de reforzar los aspectos que rescatan, las ideas principales de los temas abordados. Así como indagar por qué ese subtema de la adolescencia y cómo fue su trabajo, fácil o difícil, le gusto o no hacerlo.

Cierre de sesión

Mencionar a los participantes que abordar la adolescencia es importante para que entre pares comprendan la etapa de desarrollo humano en la que se encuentran, donde puedan encontrar explicaciones a sus conductas y nuevas formas de comprender el mundo, así como el ir tomando decisiones en beneficio a su salud y evitar riesgos a los cuales tienen vulnerabilidad por la etapa en que se encuentran, para promover no sólo en ellos la prevención de enfermedades: de transmisión sexual, trastornos alimenticios, accidentes, adicciones, prevención de la violencia o embarazos no deseados.

3.4.2. Taller 2: métodos anticonceptivos

Propósito general

Que los y las adolescentes identifiquen los tipos de métodos anticonceptivos desde un enfoque crítico, que les permita elegir a futuro o actualmente en la vida sexual, que es adecuado para ellos en base a sus expectativas de vida.

Duración: 140 minutos

Materiales:

Textos de métodos anticonceptivos, computadora, condones, muestrario de métodos anticonceptivos que promueve el sector salud, trípticos y video de métodos naturales.

Actividad ¿Qué son los métodos anticonceptivos?

Desarrollo de la actividad

El facilitador les da la bienvenida a los y las adolescentes y menciona que se abordará el tema de métodos anticonceptivos, como parte de la sesión de sexualidad, por lo que iniciarán contestando las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Para qué son importantes los métodos anticonceptivos?
- 2.- ¿Qué son los métodos anticonceptivos?
- 3.- ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?

Las respuestas se les pide que sean contestadas en sus cuadernos y a quien no llevo se le otorga una hoja blanca y lapicero. Al terminar con sus respuestas, se aborda sus contestaciones, para que en grupo las compartan y se construye la definición de métodos anticonceptivos.

Actividad: análisis de lecturas sobre métodos anticonceptivos

Desarrollo de actividad

El facilitador divide al grupo en dos equipos para realizar dos lecturas en relación al tema de métodos anticonceptivos:

Equipo 1: Lectura sobre generalidades de los métodos anticonceptivos modernos y que promueve el sector salud. CONAPO; Métodos de planificación familiar. Cuadernos de población; México, 1999, CONAPO; pp. 44- 60 u <http://www.womenshealth.gov>

Equipo 2: Lectura sobre métodos anticonceptivos naturales: CONAPO; Métodos de planificación familiar. Cuadernos de población; México, 1999, CONAPO; pp- 28-42.

Al término de la lectura se indaga sobre si ¿les fue fácil o difícil la lectura y por qué?, ¿cómo relacionan el tema de métodos anticonceptivos con su vida o situación en la que viven?, ¿por qué es importante conocer sobre los métodos anticonceptivos?, ¿qué información de la que leí me es realmente útil, para mi vida?, ¿qué aportaciones encuentro de este tema a mi vida o mi entorno

en el que me desarrollo? concluyendo las respuestas, el facilitador retroalimenta cada una de las aportaciones que realicen los y las adolescentes, buscar que este solo es una forma de ver los métodos anticonceptivos, pregunta ¿si cambió la forma en cómo ellos la han visto o abordado en otros espacios en que han recibido información y qué observan diferente? Se pide a los y las adolescentes que en seguida mostraran, un cuadro donde se abordan los efectos secundarios de cada uno de los métodos anticonceptivos para analizar.

Actividad: debate de métodos anticonceptivos modernos contra los métodos anticonceptivos naturales

Desarrollo de la actividad

El facilitador organiza al grupo en dos equipos y les menciona que se va a realizar un debate centrado en el tema de métodos anticonceptivos modernos: el equipo 1 será el defensor de los métodos anticonceptivos modernos y el equipo 2 el opositor es decir, defenderá la postura de los métodos naturales. Cada equipo puede ponerse de acuerdo en base a las lecturas realizadas anteriormente dejando un tiempo de 10 minutos. Uno de ellos será el moderador quien mencionará que se iniciaría con varias preguntas formuladas para ellos y la participación por pregunta es de dos minutos, así como la refutación, todas sus participaciones deberán ser argumentadas. El moderador será el cronista y el apuntador. Las preguntas consisten en ¿qué método anticonceptivo recomiendan para prevenir un embarazo y por qué?, ¿métodos modernos o métodos naturales?, ¿por qué usar implante subdérmico o dispositivo intrauterino? ¿desde sus posturas por qué consideran que es importante planificar la familia con los métodos naturales? y ¿qué beneficios consideran que tiene la opción de los métodos temporales? Al finalizar se da lectura cronológica a la ejecución del debate y se pregunta si les fue fácil o difícil tomar decisiones sobre el uso de un método anticonceptivo, a qué miedos se enfrenta, cómo podrían apoyar a otras personas sobre los métodos anticonceptivos y cómo lo relacionan con sus vidas y por qué la utilidad de esta información.

Cierre

Mencionar que la elección de los métodos es uno de los derechos reproductivos que se tienen como individuo y que es importante la comunicación en pareja para la elección, así como conocer las ventajas y desventajas de cada uno y los criterios para la selección, puesto que cada persona es diferente y su organismo también. Como se abordó en las actividades pasadas el conocer nuestro cuerpo es una clave importante para la elección de algún método para aquellos que han iniciado una vida sexual activa y en sus planes no está ser madre o padre, además cómo evitar enfermedades de transmisión sexual. Por lo tanto la responsabilidad es de cada uno de ustedes y lo que apoyará a prevenir enfermedades o embarazos no deseados en el ejercicio de su sexualidad, sin olvidar que no sólo la reproducción es sexualidad, sino todo un conjunto de aspectos biopsicosociales.

3.4.3. Taller 3: género y salud

Propósito general:

Que los adolescentes que participan en el taller identifiquen la relación de género con problemas de salud, para que propongan, posibles soluciones a los problemas de salud en relación a género, mediante la sensibilización de qué conductas afectan la salud del individuo por la inequidad de género.

Duración: 120 minutos

Materiales:

Cartulinas, hojas blancas, marcadores, cinta diurex, fuentes bibliográficas, videos: la evolución de las mujeres a través de los cuentos de Disney, tesis sobre masculinidad, DVD, televisión.

Actividad: lluvia de ideas

Desarrollo de actividad

El facilitador inicia dando la bienvenida a los asistentes y presenta el tema sobre género y salud. Partiendo con repartir una tarjeta y marcadores para contestar, ya sea con dibujos o palabras

claves ¿qué entienden por género? y ¿cuáles son las características de ser mujer y ser hombre? Al finalizar se les pide que pasen cada uno a pegarlas en el rotafolio que se encuentra al frente del espacio donde se imparte el taller y que expliquen su tarjeta.

Actividad: análisis de textos

Se organiza al grupo en 3 equipos, para analizar las lecturas sobre los conceptos de género y la relación con la salud.

Equipo 1.- lectura definiciones de género; fuente: <http://definiciones.de/genero/01deabril2004>. consultada el 01 de enero del 12 y <http://www.educasexo.com/adolescentes/la-identidad-de-genero.html>.

Equipo 2.- lectura de identidad de género: fuente: www.macmh.org. Consultada el 7 de enero del 2012.

Equipo 3.- lectura de género y salud: fuente: Villaseñor Farias; Martha; Altisbos sobre género y salud en Guadalajara; Guadalajara, 2008, Instituto Municipal de las Mujeres.

Se dan 15 o 20 minutos para leer, posteriormente se abre plenaria sobre qué les pareció la lectura y de qué trata cada parte que leyeron. Indagando sobre la construcción de género y cómo lo observan ellos en su contexto. ¿Qué es lo que les llamó la atención de esa lectura y cómo lo relaciona la autora con los problemas de salud?

Para finalizar se abre una intervención de retroalimentación al tema y se articulan sus aportaciones a las lecturas y su contexto.

Actividad: sociodrama de los roles femeninos y masculinos

Desarrollo de actividad

El facilitador les pide a los adolescentes que los hombres tratarán de representar el rol femenino y las mujeres el rol masculino, cada equipo armar una escena cotidiana donde se puede observar la construcción social de ser hombre o ser mujer. Una vez que se hayan puesto de acuerdo,

iniciará el equipo de los hombres y posteriormente el de mujeres. En seguida se les pide que pasen por equipos a escribir las características que identificaron en cada representación, para dar continuidad en indagar sobre por qué creen que sean así la conducta o formas de ser, si se han sentido inconformes con algunas reglas sociales sobre los roles, en qué situaciones identifican qué es un problema para la salud y cuáles serían, contrastando con lecturas anteriores. Mientras ellos dramatizan, el facilitador tomará video de las representaciones.

Actividad: análisis de videos

Desarrollo de la actividad

Se les pide a los asistentes que pasen a la sala de espera del módulo de atención médica, para observar y analizar estas posturas de ser mujeres y ser hombres mediante videos que se han elegido, y que por una parte observen los factores que influyen en la construcción de género, como lo es la educación, coeducación (televisión). Se organiza al grupo en semicírculo y se ponen los videos de la evolución de la mujer en los cuentos de Disney y una tesis sobre masculinidad. Al término de haber visto los videos se les indaga sobre cuál es la relación que existe entre estas formas de ser hombre y ser mujer que afectan a la salud del individuo y cuáles serían las formas de prevenirlo o solucionarlo.

Cierre

Se les menciona que es importante conocer qué tipo de masculinidad predomina en los varones o como nos identificamos como mujeres, lo que nos lleva a realizar u omitir acciones que llegan a perjudicar nuestra salud. Todos tenemos los mismos derechos, lo importante es respetarnos en nuestras diferencias y similitudes para lograr una equidad de género y no una lucha constante entre el machismo y feminismo.

3.4.4. Taller 4: violencia intrafamiliar

Propósito general

Que los adolescentes se sensibilicen sobre el fenómeno de la violencia intrafamiliar, los tipos de maltrato, factores de riesgo, para construir propuestas desde su contexto social que coadyuven a prevenir en sus próximas situaciones de pareja, mediante la reflexión y ejercicios de solución de problemas con expresión artística.

Duración: 180 minutos

Materiales:

Cartulinas, crayolas, marcadores, colores, gises, cinta, hojas blancas, dvd y Tv.

Actividad: construyendo un cuento

Desarrollo de la actividad

El facilitador inicia dando la bienvenida a los asistentes y les menciona la temática del día de hoy, por lo que les pide que en la hoja en blanco con un inicio de una historia o cuento, ellos tratarán de terminarla en relación al tema sobre la violencia, y formas de prevenirla. Se les otorgan 15 minutos. Al concluir con la elaboración, se les pide si desean compartir la historia que elaboraron. El facilitador deberá ir identificando los conceptos que se encuentran implícitos en cada historia, para que con sus aportaciones se construya un concepto de violencia, factores de riesgo, ciclo de la violencia y las medidas preventivas.

Actividad: lectura en binas

Desarrollo de la actividad

El facilitador organiza el grupo en binas y les reparte las lecturas de:

- 1.- Definición de violencia.
- 2.- Factores de riesgo.

3.- Ciclo de la violencia.

Cada equipo compuesto por bina, realizará la lectura, contestando las preguntas de qué trata la lectura, cuál es su propuesta y qué palabras no son comprensibles. El facilitador cuestionará sobre si fue fácil o difícil la lectura, ¿qué se les hizo interesante de la lectura? buscando que los adolescentes participen y motivarlos a discutir la lectura desde su vida cotidiana.

Actividad: análisis de videos

Desarrollo de la actividad

Se les pide a los asistentes que pasen a la sala de espera del módulo de atención médica, para observar y analizar dos videos sobre la violencia intrafamiliar, cuyos títulos son “La violencia se aprende” y “Violencia doméstica”. Al término de haber visto los videos se les indaga sobre ¿qué les pareció el video?, ¿cuál fue más interesante y por qué?, ¿qué video les llamó más la atención? Dando un espacio a la discusión de lo observado, para con ello hacer reflexión sobre las consecuencias del maltrato y que está en las manos de cada uno para prevenir este tipos de conductas o prácticas que afectan la salud integral del ser humano.

Actividad: mural de medidas preventivas para la violencia familiar

Desarrollo de la actividad

Se les pide a los y las adolescentes que pasen al centro de la sala de espera del módulo de atención médica, y que observen que en el piso están colocadas varias cartulinas en blanco y diversos materiales como crayolas, colores, marcadores y plumones para realizar mediante símbolos, colores, dibujos, palabras, lo que ellos consideran que es una forma de prevenir la violencia familiar, tratando de relacionarla al lugar donde viven y sobre todo pensando en una posible solución a no ser personas que vivan violencia en ningún escenario de sus vida.

Se brinda el espacio para la expresión de cada uno de los y las adolescentes y se proporcionan materiales que requieran, así como aclarar dudas respecto al ejercicio. Al término

de sus propuestas se les invita a pasar al frente y colocar sus cartulinas en forma de un mural, donde cada uno participa en las propuestas de las posibles soluciones al problema de la violencia, exponiendo el significado de colores para ellos y ellas, las representaciones con dibujos, las imágenes y las palabras.

Cierre

Se les menciona la importancia de ver que cada uno, de acuerdo a sus situaciones particulares, puede aportar e incluso coincidir en posibles soluciones al problema. Por lo que acaban de hacer son algunas opciones para llevarlas a cabo en sus vidas y tomar decisiones en que les permitan el autocuidado en salud y sobre todo el prevenir este tipo de situaciones que pueden generar enfermedades mentales, en la salud reproductiva y sobre todo en nuestros estados de ánimo.

La expresión también forma parte de ir tomando decisiones y contribuir a la solución de las situaciones violentas. Si se observa son varias las personas que pueden participar en el atender un caso de violencia intrafamiliar, y cada uno se presenta de forma diferente, así como la complejidad de la conducta humana, por lo que no hay que esperar a que nos pase para poder iniciar un tratamiento o atender la situación, puesto que se ha visto quienes de alguna forma se encuentran con mayor vulnerabilidad a vivir situaciones de violencia y por lo tanto un quehacer es evitar o prolongar que se presente, realizando las propuestas sugeridas por los y las adolescentes, así como la equidad de género y el respeto mutuo.

Para concluir se les pide que formen un círculo, pero todos de espaldas con ojos cerrados, concentrándose en su respiración y cuando pasé el facilitador a tocar su hombro dirán qué fue lo ¿qué recuerdan del taller? se agradecen sus aportaciones y se da por concluido.

CAPÍTULO 4

UNA MIRADA A LA EDUCACIÓN NO ESCOLARIZADA DEL SECTOR SALUD

4.1. Intervención socioeducativa en los talleres comunitarios para el autocuidado en salud

Abordar la aplicación de una alternativa educativa, nos envía al escenario de la práctica y al conflicto con el bagaje teórico, en el cual se busca la interpretación y teorización de los hechos y la subjetividad de la misma acción socioeducativa. Por lo tanto el contexto en el cual se aplica, se observa y se analiza en capítulos anteriores dentro de una esfera no escolarizada en el sector salud, con un grupo de doce adolescentes con los cuales se inició el diagnóstico y en la aplicación se ejecuta con ocho adolescentes que permanecen en los talleres de autocuidado en salud con los temas de adolescencia, sexualidad, género y salud y violencia intrafamiliar.

En este capítulo se abordan las categorías de organización y planificación, desarrollo de los talleres comunitarios en un espacio socioeducativo al aire libre y limitaciones de infraestructura, el proceso que se privilegia es de enseñanza-aprendizaje, las estrategias de enseñanza utilizadas, la concepción del aprendizaje en autocuidado en salud, la participación como eje medular en los talleres y la evaluación como medio para la replanificación. Estas categorías son abordadas en los siguientes apartados a desarrollar.

4.1.1. Organización y planificación

Hablar de la planificación y organización de las sesiones educativas para llevarlas a la acción nos remite a reflexionar sobre la metodología empleada y los resultados que se obtienen de la misma. Por tanto podemos decir que en este apartado se retoman las aportaciones de métodos participativos que nos dan las orientaciones para el diseño de talleres comunitarios y a su vez los talleres se estructuran con una metodología propuesta por (Díaz-Barriga Arceo, 2005) en las etapas de inicio, desarrollo y cierre.

En una primera etapa de la aplicación de la alternativa se retoman las ideas del constructivismo y enfoques de metodologías participativas, que permitieron la fundamentación de los talleres comunitarios y el diseño de los mismos.

La organización en la cual se observó la ejecución de los talleres comunitarios, se basó en los siguientes pasos:

- Elaboración de cartas descriptivas.
- Preparación de materiales y selección de los mismos.
- Coordinación con el personal médico y de enfermería para la autorización del espacio y notificación de las sesiones educativas para los y las adolescentes.
- Previsión de los espacios en los cuales se desarrollaron los talleres.
- Precisión en las indicaciones y comunicación entre los actores sociales.

En lo que corresponde a la aplicación de los primeros dos talleres, (Adolescencia - sexualidad y métodos anticonceptivos) se presentó que el apoyo de la cartas descriptivas permitieron conducir el desarrollo de los talleres comunitarios y la preparación de los materiales necesarios. A ello encontramos que las “cartas de secuencias y propósitos, en las cuales se designan los temas que han de estudiarse en un curso o conjunto de cursos y se representa en matrices, también aportan un conjunto de relaciones previas que supuestamente deben existir” (Gagné, 2004, pág. 117). Lo cual nos guía la enseñanza y la planeación de la misma, así como de llevar la imaginación al futuro, percibiendo cual sería la respuesta del grupo con dicha técnica o cómo se genera la dinámica del grupo si se utilizan en base a una secuencia y planeación, gracias a la imaginación se puede resolver con espontaneidad las circunstancias no previstas.

Otro de los aportes de llevar a cabo una planeación de los talleres comunitarios para el autocuidado en salud, se observa en las redes de comunicación con los y las adolescentes y que se presentan en líneas asimétricas, al inicio de los talleres, puesto que se visualizó a la facilitadora de talleres como la autoridad de la cual dependía su asistencia al taller para la obtención de su apoyo económico que les otorga el programa social de Desarrollo Humano Oportunidades.

Como parte de la planeación de los talleres en esta etapa inicial de ejecución se presentaron dos factores que perturbaron el ejercicio de la práctica educativa, puesto que se cambiaron las fechas de ejecución, debido a la autorización para la práctica en el espacio. Lo

cual generó que la asistencia dependiera de la disponibilidad de los responsables del módulo de atención médica número 3 de Jacona de Plancarte, Michoacán, México.

Respecto a los efectos que se observan en consecuencia de los factores anteriormente citados, hay menor asistencia de adolescentes, no estar disponibles siempre los espacios y modificar horarios y tiempos, que permitió visualizar el interés y participan ocho adolescentes sin la consigna de la asistencia para el pago del apoyo de oportunidades, elemento que se analiza en líneas posteriores.

4.1.2. Aplicación de los talleres comunitarios para el autocuidado en salud

Dentro de esta primera etapa de intervención socioeducativa, se permite abordar la práctica y experiencia del desarrollo de los talleres comunitarios para el autocuidado en salud, con los y las adolescentes que conformaron un grupo de ocho participantes (cuatro mujeres y cuatro hombres) en los talleres de adolescencia y sexualidad y métodos anticonceptivos, los cuales permitieron reflexionar sobre la narrativa de esta experiencia educativa en un contexto no escolarizado y comunitario.

Por tanto en las siguientes líneas se aborda el recorrido guiado de los talleres comunitarios para el autocuidado en salud, en el cual se plantearon técnicas de interrogatorio, argumentación, análisis de textos, discusión y debate que apoyaron el ejercicio del facilitador, con una fundamentación teórica y práctica sobre los temas.

Durante el primer taller “adolescencia y sexualidad”, que fue presentado en dos sesiones, se dió prioridad a un acercamiento con los adolescentes sobre la propuesta de trabajar en espacios fuera del módulo de atención médica y los tiempos en los cuales se iban a desarrollar, a lo cual se observa buena aceptación y disponibilidad para la asistencia y participación de ocho integrantes.

Se da inicio con actividad de gimnasia mental, misma que se dificultó a siete de ocho adolescentes, provocando con ello risas, agregando con ello el humor al taller y abrir el diálogo para interrogar sobre los saberes previos de cada uno de los integrantes del grupo sobre el tema

de la adolescencia. Este criterio metodológico permitió la demostración del conocimiento donde se recoge la aportación del participante A que dice:

Adolescencia es una etapa del desarrollo humano, en la cual se presentan cambios físicos y psicológicos por los que atraviesa un ser humano.

Con ello impactó positivamente en el grupo dado el razonamiento de los elementos que integran esta definición, puesto que “ninguna experiencia de aprendizaje que se proponga a los alumnos pierde de vista sus esquemas, conocimientos y nivel operativo previo que le dan significado al nuevo material” (Flores, 1993, pág. 237). Generando en el grupo confianza en opinar e interés en los materiales. Esta técnica de interrogatorio, vista como lluvia de ideas mediante el lanzamiento de una pregunta, apoyó al sondeo de conocimientos previos e invitación a la reflexión de las ideas aportadas.

Posteriormente se propuso el realizar lectura de textos y elaboración de mapas mentales que ilustraran esta etapa de desarrollo por la cual los seres humanos pasamos y que de acuerdo a elementos culturales, biológicos e históricos denominamos adolescencia, generando una dinámica grupal de socialización en equipos pequeños para la discusión de los textos. Dentro de esta técnica de lectura se observan diferentes estrategias para la misma, puesto que en el equipo 1 integrado por participante E, F, G y H, realizan anotaciones conforme van leyendo y a la par van elaborando un mapa mental, mientras que el equipo 2 conformado por los participantes A, B, C y D, deciden dividir la lectura entre los integrantes y al final sacan las conclusiones para elaborar un mapa mental de lectura. Lo cual es atribuible a métodos individuales de ejercicio de lectura y síntesis de la misma, abonando a un trabajo de equipo y colaborativo como se puede apreciar en la siguiente imagen.



Imagen 13 Actividad: lectura de textos sobre adolescencia (participación del equipo 2)

La imagen 13, muestra que los participantes B y C realizan la lectura de acuerdo a la división previa de la misma y cada uno va leyendo para al final elaborar mapa mental. Por lo que el aprendizaje se observa mediante “esquemas operacionales formales que supone el individuo domina en parte, sin duda muy importante, del conjunto de todas las habilidades cognitivas de las que el ser humano dispone, o puede disponer para resolver las diferentes tareas que se presentan” (Ortiz, 2010, pág. 22). Lo cual forma parte de las herramientas cognitivas que se poseen por parte de los participantes y se apoya al desarrollo de la comprensión lectora.

Dentro de esta misma actividad, en el momento de la plenaria se abre un espacio a discusión del contenido y reflexión sobre la misma cotidianidad de cada participante en relación al contenido, donde uno de los aspectos que se subraya es que los y las adolescentes mencionan que se les dificultó la lectura puesto que no la comprendieron y no les gusta leer. Sin embargo en la pregunta planteada sobre ¿cómo relacionan lo leído de adolescencia con su vida? argumentan que se identifican con algunas de las conductas que mencionan los autores de las lecturas y también lo observan a diario en compañeros de escuela y amigos. Por tanto, podemos mencionar que demuestran habilidad en la parte de la relación de la teoría con su cotidianidad, por lo que el situar el conocimiento permite apoyar a superar las dificultades de los nuevos conocimientos o conceptos nuevos.

Esto lo observamos en los diálogos y argumentaciones de la pregunta ¿Qué problemas de salud se relacionan con la adolescencia? Respondiendo lo siguiente de acuerdo a la lectura – “Fumar, infecciones de transmisión sexual, trastornos alimenticios, violencia”. En estas respuestas se observa poca motivación a participar e iniciativa, puesto sé que el silencio fue una de las características en esta etapa de la actividad y a su vez reflexión en algunos de ellos.

Posteriormente se aborda la conducta del adolescente y la relación con las medidas preventivas, lo que permitió nuevamente el ingrediente de humor en la aportación de los participantes mencionando;

Participante D: tomar alcohol, ser rebeldes, la infidelidad.

Participante A y H: informarse y mantener comunicación con adultos.

Las aportaciones del participante D, motivó a un ambiente de risa y relajación saliendo del silencio en el que se encuentra el grupo. Por lo que se rescata esta intervención, para la participación de los demás en cuanto a las conductas que se observan y que ellos mismos han experimentado.

Luego, se propuso la exposición de los mapas mentales, obteniendo como resultado y la explicación de los participantes D y H. En la cual se presentan habilidades individuales y del grupo sobre la construcción de un cuadro sinóptico, en donde trazan elementos importantes para la forma en cómo comprendieron los conceptos y las relaciones en el campo de la salud. Por tanto indica dos aspectos a mejorar, por una parte la concepción de los participantes respecto al conocimiento de mapas mentales y por otra parte la instrucción del facilitador al indicar el ejercicio de mapa mental.

Lo que aporta el análisis de las variables de los ejercicios propuestos que “incluyen la consciencia acerca de las demandas que se exigen, magnitud, grado de dificultad, estructura, si son o no conocidos, el esfuerzo que requiere” (Ortiz, 2010, pág. 102). Puesto que al indagar sobre ¿por qué cuadro sinóptico y no mapa mental? es porque comprendieron que el ejercicio consistía en un cuadro, así como el no haber tenido experiencia en elaboraciones de mapas mentales. Por otra parte de esta producción se rescatan, los elementos de comprensión y relación con su

cotidianidad así como medidas de prevención que permiten el autocuidado de la salud en la etapa de adolescencia, mediante la construcción que expone cada participante que representa su equipo y la retroalimentación de la facilitadora del taller.

La segunda sesión del taller abordó la temática de sexualidad, con una estructura de tres actividades que conjuntaron la producción de este taller de adolescencia y sexualidad. Obteniendo como resultado que se inició retomando los aprendizajes de la primera sesión sobre adolescencia, motivando a la discusión sobre las problemáticas que se llegan a presentar durante esta etapa del desarrollo humano e introducir la relación en los cambios físicos y psicológicos que se presentan con la sexualidad, estableciendo vínculo importante en la participación de los adolescentes.

Dentro de la primera actividad que se tituló ¿qué es la sexualidad?, estuvo presente la experiencia y connotaciones previas al concepto en donde los participantes comparten lo siguiente:

Participante E: Pues la sexualidad para mi es cuando un hombre quiere tener relaciones sin que la mujer quiera o la mujer aún no sabe lo que es tener relaciones. Pues mis miedos son que al tener relaciones pase algo como salir embarazada o que mis padres se enteren. Y pues yo también a la enfermedad que le tengo mucho, mucho temor es que la enfermedad y más grave para mi es el SIDA.

Participante B: Pues yo en mi casa siempre nos han dicho cosas como son y pues yo no me da miedo vivir mi sexualidad y nada más que saliera embarazada o contraer enfermedades y pues es muchos la sexualidad es un tabú.

Participante D: Pues yo nunca he vivido la sexualidad y pues yo me la imagino pues muy riesgosa porque donde tu traigas una infección se la peguen o al contrario. Yo tengo miedo a donde algún día me meta con alguien y no tenga protección y tal vez me pegue una enfermedad o a lo mejor pueda que quede embarazada o el SIDA.

Participante C: Nunca me dijeron nada de la sexualidad cuando estaba pequeño y menos me hablaron de mis partes de mi cuerpo así que mis padres nunca me han dicho nada de ese tema

Participante H: Yo he vivido la sexualidad conforme a como me educaron, de la forma en que debe ser el comportamiento de la mujer y me han enseñado que la mujer no es igual que el hombre. No me da miedo la sexualidad o vivir mi sexualidad porque sé que es algo normal, aunque algunas veces o algunas cosas me da miedo y a veces no entiendo lo que voy notando en mí, con respecto a mi sexualidad. Yo sé que algunas enfermedades son por tener relaciones sexuales y que algunas se pueden controlar y otras no se pueden

curar, yo temo que cuando yo tenga relaciones sexuales pueda contagiarme de alguna de esas enfermedades.

Participante A: La sexualidad la he vivido desde que nací porque soy de sexo masculino, ahorita en la actualidad es muy normal que la viva. Los miedos que tengo al tener relaciones sexuales son que me peguen una de transmisión sexual o que mi pareja quede embarazada. Le tengo miedo a todas las enfermedades pero en especial al SIDA, porque es mortal y la gente la hace sentir mal.

Participante G: Es tener relaciones sexuales.

De acuerdo al diálogo con los participantes adolescentes a excepción del participante G, refieren miedo al tener relaciones sexuales, lo que permite cuestionar si sólo la parte de reproducción o la parte biológica del individuo sea sexualidad, por una parte del participante A refiere que es el sexo lo que determina, es decir lo masculino y lo femenino, pero que más se observa en la sexualidad, cada uno somos sexuados por naturaleza, con ello mencionan las emociones que existen en las relaciones de noviazgo, tomando las aportaciones se explica que es un conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo. Que si retomamos estos puntos nos llevan a la concepción de ver el concepto de sexualidad desde la historia y cultura de cada sociedad, que explica la conducta y prácticas asociadas al amor y al placer.

Es decir, la sexualidad es en parte biológica, psicológica y social, que lo podemos observar en nuestras conductas respecto a las relaciones heterosexuales u homosexuales, puesto que va implícita la forma del cortejo, que se hace para atraer al sexo opuesto. Provocando en los participantes interés y reflexión de la intervención en el concepto de sexualidad, así como confianza para ir construyendo nuevos conceptos o aproximaciones de las connotaciones de sexualidad a partir de la propia experiencia y el respecto a la confidencialidad del grupo.

Ahora bien, con ello se relaciona el criterio de técnica de explorar los conocimientos previos sobre los esquemas de conocimiento de los participantes que ayuda a nutrir la experiencia como facilitador de talleres, puesto que se guía la exploración de la experiencia y los contenidos a presentar mediante la exposición.

Este método que permitió cambiar el rol de la facilitadora en la dinámica de trabajo en equipo y participación de los adolescentes contribuyendo a un método tradicional de exposición, con elementos de participación en la misma que permitió el diálogo sobre los conceptos abordados.

En cuanto a la actividad programada sobre análisis de la película “amar te duele”, no se realizó, debido a tiempos, por lo que se aborda la actividad de elaboración de audiovisuales. Durante el desarrollo se observa un resultado de mayor utilidad, puesto que al confrontar la teoría con la de su entorno cotidiano y observación de la población adolescente que habita en su contexto social, provocó interés por dramatizar escenas que ilustraran las conductas que afectan la salud del adolescente, así como el construir desde su perspectiva la comprensión del tema en la producción de un audiovisual. Uno de los problemas o factores de riesgo que la mayoría de los varones identificaron fue el vandalismo, las adicciones y la delincuencia como riesgos en la salud del adolescente, importantes dentro de su contexto social y que requieren de ser prevenibles las conductas. Para ello se dramatizó escenas con vestuarios personales y elección de los lugares:



Imagen 14 Ilustra la situación cotidiana de vandalismo en su contexto social, haciendo referencia a los cambios sociales que presentan los adolescentes.

La anterior imagen nos lleva al contexto de la realidad en la que los participantes se desarrollan y a su vez la reflexión que hacen con los contenidos temáticos abordados en el taller. Lo que permite la construcción de un aprendizaje mediante las estrategias de enfoque de

constructivismo social, privilegiando la intervención de la enseñanza situada, puesto que “toda auténtica educación se efectúa mediante la experiencia, pero al mismo tiempo afirma que todo, no significa que todas las experiencias sean verdaderas o igualmente educativas... así, el aprendizaje experiencial es un aprendizaje activo, utiliza y transforma los ambientes físicos y sociales para extraer lo que contribuya a experiencias valiosas” (Díaz- Barriga Arceo, 2006, pág. 3)

Esta aportación de Díaz Barriga, sin lugar a dudas lleva a relacionar que el aprendizaje es mediante una experiencia que sea significativa y por ende apoye a la transformación en el desarrollo individual y colectivo, para que sea el o la adolescente el actor principal de su aprendizaje y no sólo receptor de conceptos. La enseñanza situada, nos lleva sin duda a ver la enseñanza desde la perspectiva sociocultural.

Retomando la actividad de elaboración de audiovisuales, se da un tiempo de cinco días para preparar el material y hacer presentación de los subtemas de más impacto del recorrido realizado en el contexto social en el cual se habita. Por lo que se retoma la actividad en días posteriores y en la presentación se observa entusiasmo por compartir los trabajos realizados, los cuales mantienen la tonalidad de abordar los temas de vandalismo, delincuencia, abuso de drogas, violencia y el noviazgo o experiencias afectivas con el sexo opuesto, así como trastornos alimenticios de anorexia y bulimia.

Cada uno de los adolescentes compartió el mensaje que se pretende transmitir mediante la combinación de imágenes y música de dichos temas, observando motivación e interés por los contenidos, aunque se abren líneas temáticas que no se analizaron en profundidad como es la homosexualidad, prostitución y enfermedades de transmisión sexual, generando con ello un abanico de matices para profundizar en el tema, partiendo de la inquietudes de los participantes

A manera de conclusión del primer taller sobre adolescencia podemos citar lo siguiente. Las representaciones de los adolescentes, permiten reflexionar sobre el tema de sexualidad como parte de la adolescencia y la necesidad de plantear el contenido temático en el sector salud, no como algo que provoca miedo, puesto que serían barreras psicológicas para

experimentar la sexualidad y no lograr un pensamiento crítico en el cual adquieran una responsabilidad de autocuidado y toma de decisiones.

Hay dudas, demasiado silencio, risas, juego de miradas entre las y los adolescentes. Lo cual en parte se relaciona con la pregunta de cuáles son los miedos en la sexualidad, teniendo como resultado la respuesta en casi todos que es al embarazo y las infecciones de transmisión sexual y aún más al VIH/ SIDA, y en ello se cuestiona ¿cuál es el enfoque que el sector salud promueve en los discursos o pláticas para el autocuidado en salud? Por una parte, es desde dónde lo vemos, y que en el deseo de fomentar el cuidado, se promueve la abstinencia sexual, a que los adolescentes y adultos sean abstemios a relacionarse sexualmente y a la vez a despertar el interés por experimentar lo prohibido a asumir riesgos que es parte de la conducta adolescente y abre nuevas interrogantes respecto al papel como facilitador, puesto que no es suficiente la actividad y el tiempo que se le brinda a esta sesión para abordar este tema de la sexualidad, pero logrando abrir la puerta de la confianza y la inquietud de cuestionar si sólo es reproducción la sexualidad.

Es importante rescatar que los miedos los externalizan, pero no ven soluciones, ni se abordaron las medidas necesarias para ello, lo cual deja una ventana para continuar trabajando y tomar el siguiente tema de métodos anticonceptivos no como salud reproductiva, sino como una de las posibles soluciones a los miedos que algunos presentan respecto al tener relaciones sexuales, que tal vez ya iniciaron vida sexual activa y que no lo ponen en la mesa a discusión.

Por otra parte, dentro de la primera espiral de intervención se describe a continuación el proceso y desarrollo del segundo taller sobre métodos anticonceptivos. El desarrollo de este taller comunitario sobre los métodos anticonceptivos se dio bajo un matiz de conocer las metodologías que coadyuvan a prevenir embarazo no deseado o como lo indica el mismo nombre, apoyan al control natal, permitiendo planear y elegir en qué momento se desea ser padre o madre, así como los métodos de barrera que previenen las enfermedades de transmisión sexual.

Se inicia con la organización del grupo en semicírculo y estableciendo una conversación informal de lo que fue significativo del primer taller y cómo creen que se relacionará con el tema de métodos anticonceptivos, donde resultaron útiles las aportaciones que menciona el

participante D, respecto a que en el tema de sexualidad para él es importante conocer los métodos para poder prevenir un embarazo que les perjudicaría en tener que dejar de estudiar u obligarlos a trabajar para ser responsables de un hijo.

Esta reflexión que aporta el participante D, apoya a dar inicio con la actividad de explorar los conocimientos previos, mediante el interrogatorio titulado ¿qué son los métodos anticonceptivos? Abonando a una participación que retoma la experiencia de sus padres y madres en la decisión de tener o no hijos, esto nos lleva a considerar que el “factor más importante que influye en el aprendizaje es lo que el alumno ya sabe” (Coll C. M., 2007, pág. 54). Este acercamiento a partir de sus saberes previos, partiendo de su cotidianidad es el eje central para abordar la temática y que provocará la relación entre lo ya conocido con los contenidos nuevos.

Como parte de la secuencia didáctica propuesta en la planeación del taller se continuó con la actividad de lectura de textos, en la cual se observa que la dinámica que se generó es de división de los párrafos y cuartillas para posteriormente comentarlas como equipo. Esta práctica se repite al utilizar la misma estrategia lectora individual y en el momento de la plenaria, se presenta la dificultad en la comprensión de la misma.

Los aportes relevantes dentro de esta actividad se centran en la articulación que llevan a cabo entre el contenido temático sobre métodos anticonceptivos y su experiencia, contextualizando los conceptos que se abordaron en la dirección de la plenaria de la lectura. Lo que remite a interpretar como una “enseñanza conectada a la experiencia, se centra en la reelaboración de las experiencias sociales, familiares, que tienen los participantes” con una mezcla de enseñanza con técnicas y materiales propios, con textos libres, talleres, responsabilidad compartida” (Sevillano García, 2005, pág. 36). Esta mezcla de experiencias entre participantes y facilitadora, apoyan a que se observe un espacio de confianza para el diálogo y la expresión de opiniones en torno a los métodos anticonceptivos, y que no sólo sean expuestos desde la perspectiva del facilitador.

En cuanto a estos métodos tienen mucha importancia, puesto que sirven para planificar la familia si se llegan a casar o no. Dando ejemplos de sus mamás que han tenido varios hijos y que la situación familiar es muy ajustada a las necesidades de todos, sin tener mucho acceso a

poder seguir estudiando. Entre los métodos que conocen se encuentra el preservativo, el dispositivo, las píldoras y las inyecciones, sin conocer el mecanismo de uso.

La organización de la segunda actividad de lecturas, mencionan no entender algunos términos el participante G y D, para lo que se pide anotarlos y al final la facilitadora explica con la definición de lo que quiere decir. En el caso del equipo 2 constituido por mujeres, a excepción del participante E, mencionan no entender bien la explicación del método natural del ritmo o calendario. Se les explica mediante un ejemplo de acuerdo a su fecha de menstruación y un calendario. El equipo 1, menciona que eran muchas hojas para la lectura, sin embargo, les interesaba el uso del implante y no lo comprendían, en la lectura, se les mostró la forma del implante, la aplicación y uso del mismo. Al finalizar con la lección se les cuestiona sobre si les gustó o no la lectura, mencionando que les era difícil entender algunos términos, por lo tanto se aclararon las partes confusas de la lectura que no habían comprendido, como método hormonal oral; en el caso del equipo 1 integrado por los varones y participante E comentan que les fue divertida y que no conocían algunos términos, por lo que sí les agradó; en el caso del equipo 2 sienten que sí entendieron, la mayoría de la forma en que se llevan a cabo los métodos naturales para la anticoncepción.

Se retoman las aportaciones de los participante sobre la lectura de los métodos y se retroalimenta, comentando el uso de cada uno de ellos y la efectividad que presentan, para posteriormente exponer el cuadro que sintetiza el uso y los efectos secundarios que pueden llegar a presentar algunas pacientes, así como aclarando dudas respecto al uso. Se abrió un espacio de dudas y preguntas en donde la más recurrente fue si la pastilla de emergencia era efectiva y cada qué se recomendada tomarla, a lo cual se les mencionan los criterios de uso.

Al concluir con la actividad se les indica que ahora se llevará a cabo un debate por equipo y de acuerdo a la lectura será la postura a defender y por equipo se pusieron de acuerdo en cómo argumentar la defensa de los métodos naturales y modernos. La argumentación se llevó en base a lo que piensan y a lo leído sobre los métodos anticonceptivos modernos o que promueve el sector salud, se les explican las indicaciones para la realización y se inicia con la pregunta ¿qué métodos anticonceptivos recomiendan y por qué?

Inicia el equipo 1 menciona que un método anticonceptivo temporal si en dado caso la mujer es joven y aun quiere tener más hijos, como ejemplo las inyecciones, el dispositivo, los parches, el implante, las píldoras y el preservativo. El equipo 2 argumentan que si es joven y no ha tenido hijos la persona que los quiere usar, es preferible un método natural, así no altera nada de su organismo y aprenden a identificar signos de su cuerpo. En la réplica el equipo 1 argumenta que no son efectivos y es muy aburrido estar pendiente de la temperatura o días fértiles, que en el caso de ellos como hombres es preferible que la mujer use un método moderno o temporal, puesto que así cuando quieren tener relaciones no hay problema de esperarse hasta no estar fértiles o estar checando el moco cervical.

Segunda pregunta ¿qué beneficios consideran que tiene la opción de los métodos temporales?

El equipo 1 menciona que permiten planificar la familia. A ello contesta el equipo 2 que es preferible estar vigilando los signos del cuerpo que sufrir de los efectos secundarios de algunos métodos como es el caso de las píldoras que afectan la circulación, que pueden presentar mareo, náuseas, vómito e irritabilidad.

Tercera pregunta ¿métodos modernos o métodos naturales?

Equipo 2 refiere que los métodos naturales son buenos, porque son económicos no tienes que gastar, sirven para prevenir embarazos y para salir embarazada. Equipo 1 menciona a ello que de cualquier forma no ayudan a prevenir infecciones de transmisión sexual, participan ambos y no se enfada el hombre cuando tiene ganas de tener relaciones, porque la mujer dice -no estoy en mis días fértiles- por eso existe la prostitución, porque no quieren, cuando andan urgidos. Además los preservativos y otros métodos son gratuitos en el sector salud, de fácil acceso y se pueden tener fantasías sexuales y juegos sexuales. Equipo 2 menciona pues también participan ambos en los naturales, ejemplo en el coito interrumpido, también es aburrido cuando eligen el condón, se están revisando y son poco higiénicos.

La cuarta pregunta consiste en ¿por qué usar implante subdérmico o dispositivo intrauterino? A lo cual responde:

El equipo 1 pues depende cuánto tiempo desee usar un método, porque el implante es para tres años y el dispositivo intrauterino cinco años, el dispositivo no tiene liberación hormonal. El equipo 2 menciona que no usarían ninguno y no recomiendan ninguno de esos puestos que pueden llegar a presentar problemas de fertilidad o traen consecuencias. Equipo 1 en la réplica menciona que no hay placer y mucho riesgo de embarazarse. Equipo 2 contra refuta que el placer depende de la pareja y que hay hombres que si están borrachos o drogados, pues no hay placer.

La facilitadora retoma las aportaciones de los participantes, comentando que sus ideas y saberes que se visualizaron y expusieron, cada uno de ellos son interesantes para comprender la finalidad de los métodos anticonceptivos como estrategia para prevenir los embarazos no deseados a su edad, así como de cuidar la salud sexual de ellos mismos.

Como parte de nutrir las aportaciones del debate, se concluye con escuchar los comentarios, se sintetizan sus aportaciones y se retroalimenta, comentándoles que es importante la responsabilidad de usar o no un método anticonceptivo, es de cada uno de ellos, puesto que es un derecho reproductivo y sexual de elegir, estar informados y orientados sobre el uso de los mismos, para con ello realizar la relación del tema con algunos miedos que referían en el taller de adolescencia y sexualidad, puesto que la información permite disminuir las dudas que se llegan a presentar en esta etapa de la vida.

En base a lo desarrollado en el taller sobre las actividades de lectura y debate, permiten observar dentro del proceso de enseñanza que no sólo se está enseñando, sino que también se aprende y se nutre el conocimiento y saber, mediante la argumentación y opiniones de los adolescentes, puesto que cada comentario, opinión, la basaban en experiencia y teoría contribuyendo la vinculación con la cotidianidad de ellos como se muestra en el siguiente cuadro:

¿Cómo relaciono el tema de métodos anticonceptivos con mi vida?	¿De qué forma me es útil la información de métodos anticonceptivos?	¿Qué aportaría este tema a mi entorno social?	¿Por qué crees que es importante conocer los métodos anticonceptivos?
<p>La relaciono con mi relación con mi novio y mi familia.</p> <p>Porque así podemos prevenirnos de una infección de transmisión sexual o de que la mujer salga embarazada.</p> <p>Porque si queremos tener relaciones sexuales estos métodos anticonceptivos como el condón nos puede, ser de gran ayuda para prevenir alguna enfermedad.</p>	<p>Pues que voy a necesitar saber esto, pues es muy necesario y si tengo relaciones.</p> <p>Para ver que método es bueno para no tener hijos.</p> <p>Así puedo ver cuántos hijos voy a tener y como los voy a mantener y educar.</p> <p>Sí, es muy bueno el tema, porque así podemos planear cuando queremos tener hijos o no.</p>	<p>Pues hay personas que conozco que están en problemas por su irresponsabilidad y no usar condón.</p> <p>Para poder saber cómo son y para ver que no me den otros.</p> <p>Para poder saber cómo son y para ver que no me den otros.</p> <p>Porque así puedo saber cómo utilizarlos y para qué sirven.</p>	<p>Porque los ocupan cuando tienen relaciones y es importante por si no queremos embarazarnos.</p> <p>Más métodos para que la mujer no salga embarazada.</p> <p>Los métodos anticonceptivos son muy buenos, así podemos planificar la familia.</p> <p>Pues que hubiera más pláticas para los jóvenes de cómo utilizar los métodos anticonceptivos para que no haya más embarazos no planeados.</p>

Cuadro 8 Cuestionario de métodos anticonceptivos con la importancia en la adolescencia.

El cuadro 8 muestra el acercamiento que realizan los y las adolescentes a sus vidas y la utilidad del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, lo que permite la reflexión entre los participantes y de la misma facilitadora sobre la participación y el diálogo, abriendo la puerta a que el adolescente

se acerque al conocimiento como aprendiz activo y participativo, constructor de significados y generador de sentido sobre lo que aprende, y que además no lo construye de manera aislada, sino en virtud de la mediación de otros y en un momento y contexto particulares con la orientación hacia metas definidas (Díaz- Barriga Arceo, 2006, pág. 14).

El acercamiento de los adolescentes al conocimiento mediante la técnica del debate y la elaboración del cuadro, nos lleva a los hechos de la dinámica grupal que se presentó al interior del taller, observando la participación y confianza al conversar con la facilitadora, como se muestra en líneas anteriores, lo que permite la reflexión del quehacer profesional, mezclando los contenidos, con las actividades que motivan los comentarios entre ellos mismos; visto desde el constructivismo social, nos explica, que el diálogo se da en el proceso de aprendizaje y que este no es aislado de la enseñanza. Por tanto se entiende que existe la unión entre enseñanza y el aprendizaje.

Por otra parte, los hallazgos observados en ambos talleres de adolescencia – sexualidad y métodos anticonceptivos, muestran los elementos, como la participación, aplicación de técnicas que apoyan la mediación del conocimiento y actividades generadoras de saberes previos nos llevan al diálogo y confianza en un contexto no escolarizado, que permite observar el papel de la facilitadora no como una autoridad que juzga los saberes y aprendizajes, sino como un agente social que promueve apertura y escucha para el acercamiento con el conocimiento que quizá se ha trabajado en otros escenarios, pero que para algunos de ellos no se había expuesto desde el diálogo.

Los ejercicios, como las relaciones o articulación con la cotidianidad, replantean la parte de la enseñanza y motivan a continuar indagando y explorado técnicas que apoyen el guiar los talleres. Así como del rescate de los elementos importantes en la enseñanza, como es la programación y preparación de materiales de texto que nutren la aportación y no sólo queda en recomendaciones o mensajes de prevención, sino que permite despertar la inquietud por conocer el para qué prevenir o mantener una estado saludable.

4.1.3. Evaluación y replanificación

Una de las etapas más difíciles de un quehacer profesional es la medición de los logros y avances, puesto que plantea la reflexión crítica y objetiva de las acciones y fenómenos abordados en la tarea educativa. Por lo que en este pequeño apartado abordaremos la evaluación en base a un enfoque cualitativo. Lo cual implica la utilización de instrumentos como la encuesta, el registro y

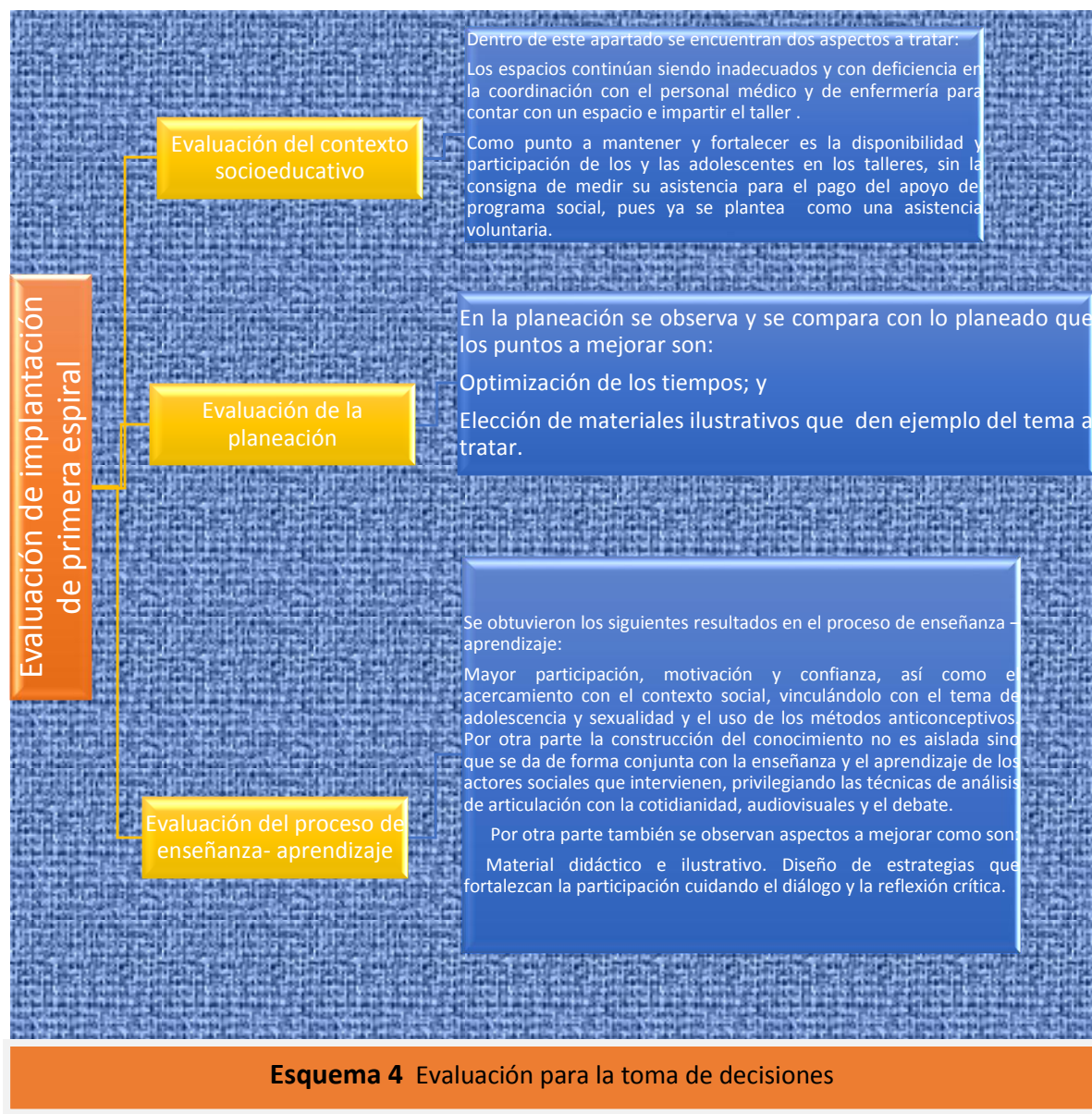
análisis de las observaciones así como el diseño de indicadores que orienten la valoración de los resultados en una primera intervención.

Dentro de este trabajo de intervención educativa se exploraron estrategias que coadyuvan a mejorar el proceso de enseñanza – aprendizaje, pero también las subjetividades que genera la dinámica al ejecutar las estrategias y técnicas empleadas. Por tanto, un modelo de evaluación por objetivos no es suficiente para explicar las valoraciones y resultados encontrados en la aplicación del programa, así como el aporte de las reflexiones críticas en los adolescentes y de la facilitadora que se generan en un ambiente no escolarizado y que dan elementos de análisis para la intervención futura.

Retomando el análisis de los resultados de la primera fase de intervención, se analizan los indicadores de “evaluación de necesidades, planificación del programa, encuesta aplicada de autoevaluación a los adolescentes e implementación de las técnicas de grupo” (Pérez Serrano, 2008, pág. 151). Lo cual nos aporta dimensiones de valoración como son el aspecto del contexto, la planeación y el proceso de enseñanza- aprendizaje.

Estas dimensiones se muestran en base al esquema 4 de representación, que nos ilustra el camino para replanificar la intervención en una segunda espiral de acuerdo al plan de acción propuesto en el capítulo tres de este trabajo. Analizando los resultados que se plantean en la dimensión de contexto sobre la necesidad de espacios adecuados en donde se impartan los talleres, sigue como resultado una necesidad de infraestructura que limita la intervención educativa.

Esta necesidad, vista desde el contexto, afecta directamente a la planeación y al proceso de enseñanza- aprendizaje, puesto que no hay un ambiente adecuado para el aprendizaje, ya que se observa como una limitante para establecer y fortalecer una línea de diálogo y confianza entre los adolescentes, así como factores emocionales que afecten la participación en actividades al aire libre. Las aportaciones del Esquema 4 que se ilustra a continuación nos da elementos para sintetizar los resultados encontrados en las observaciones, cuestionarios y entrevistas.



Ubicandonos en el esquema 4 de las apreciaciones que se obtuvieron en cada uno de los indicadores a evaluar, nos resulta para la toma de decisiones, el implementar una estrategia de enseñanza ilustrativa, que mejore la explicación de los temas, así como documentales y al mismo tiempo implementar otras técnicas que permitan fortalecer el aprendizaje, como el exponer la necesidad de infraestructura a las autoridades del módulo de atención médica, para la realización de gestión de recursos que favorezcan el espacio físico y de mobiliario como se puede apreciar en las imágenes 15, 16 y 17.



Imagen 15 Realización de taller de métodos anticonceptivos



Imagen 16 Participación de los adolescentes en taller de métodos anticonceptivos

Este aporte del esquema guía para la descripción de la participación ilustrada en la imagen 15, retomando los resultados de las encuestas que son planteadas en el esquema 4, “centrandose en describir y documentar qué significa participar y comentar los procesos críticos del proceso” (Pérez Serrano, 2008, pág. 154). Bajo este tenor podemos hacer una reflexión crítica del proceso al interior del desarrollo del taller comunitario.

Como se menciona en el párrafo anterior, la participación es uno de los elementos encontrados que no se observan en la parte del diagnóstico, por lo que aporta las directrices para modificar o reorientar el proceso de enseñanza aprendizaje, centrando las aportaciones y

observaciones que se plantean en el esquema 4, de la existencia de la necesidad de un espacio físico que propicie privacidad y comodidad, sin embargo, es una dimensión que se debe plantear de forma simultánea con las autoridades del módulo y de la localidad, que permitan la mejora del lugar.

En esta misma reflexión encontramos que dentro de la planeación y proceso de enseñanza aprendizaje, lleva a valorar la participación como un impacto positivo entre los adolescentes, puesto que se va construyendo un escenario de diálogo que podríamos aventurarnos a mencionarlo como democrático, en el cual se da voz a los adolescentes para la opinión de su salud y de la misma comunidad, retomando sus aportaciones y sugerencias para establecer medidas preventivas a partir de la cotidianidad y articulándolas con las recomendaciones institucionales.

Los resultados encontrados en esta primera intervención nos permiten identificar que la labor de enseñar se vinculó a la participación, vista desde un enfoque constructivista y plantea una interpretación en dos aspectos. Por una parte permite ubicar a la facilitadora como “un profesor reflexivo que adopta un enfoque constructivista en la medida en que es consciente de que no basta que el alumno memorice bajo coersión, sino que es mejor estimular la participación activa y motivación por aprender” (Díaz- Barriga Arceo, 2006, pág. 15). Es decir, que dentro de esta postura de fortalecer y abrir espacios de diálogo y participación, es una de las aproximaciones constructivistas de la facilitadora para generar un aprendizaje significativo. Por otra parte se encuentra el aprendizajes que es de tipo actitudinal en los adolescentes, puesto que se aborda el autocuidado en salud que permiten reflexionar sobre su propia vida, sus acciones y actitudes que propician una enfermedad o riesgo de padecer alguna afección.



Imagen 17 Ilustra la actividad de lectura en taller comunitario sobre métodos anticonceptivos.

Este proceso, valorado desde dos modelos, permite determinar los ejes para la segunda espiral que se centra en atender la parte de enseñanza – aprendizaje, retomando la aportación del modelo para la toma de decisiones (Pérez Serrano, 2008), llegando a la conclusión de fortalecer y mejorar la estrategia ilustrativa así como diseñar diversos materiales didácticos que guíen el diálogo y la participación al interior de los talleres, privilegiando la criticidad en cada participante como herramienta para el autocuidado en salud.

4.2. Aplicación de la segunda espiral de intervención socioeducativa

La segunda intervención mediante los talleres comunitarios, es atendida en los temas de género y salud con una duración de dos horas y el taller de violencia intrafamiliar visto en tres horas y media, los cuales se abordarán en el módulo de atención médica dentro de la sala de espera y espacio techado ubicado en la parte trasera.

En cuanto a la organización y planeación se continúa con las estrategias de implementación que guían las actividades en tres fases de inicio, desarrollo y cierre, sólo haciendo un ajuste en las estrategias de involucramiento donde se opta por las actividades generadoras de

saberes previos e ilustrativas, así como selección de material visual que dé ejemplo de la temática a tratar.

Lo cual permitió iniciar con las actividades programadas, en donde se observa un protocolo de bienvenida por parte de la facilitadora que introduce el tema explicando la finalidad del mismo y la relevancia que este tiene en la salud del individuo. En esta misma línea se aborda un cuestionamiento ¿qué entienden por género? y ¿cuáles son las características de ser mujer y ser hombre?, bajo la dinámica grupal de un semicírculo y de forma individual, dan contestación mediante un dibujo o símbolo.

En ello se visualiza que los dibujos más frecuentes fueron los símbolos de hombre y mujer, los colores rosa y azul, y en las características de ser hombre o mujer representan en el caso del hombre una pistola, una botella, a diferencia de la mujer con vestido y con esta aportación se abre el diálogo entre los y las adolescentes respecto la complejidad de la definición de género.

El diálogo permite diferentes opiniones y argumentaciones hacia la construcción de los roles masculinos y femeninos, así como el estar de acuerdo o no con estas conductas generales que la sociedad establece en cada sexo. El rol de la facilitadora se centra en guiar la participación y potencializar la argumentación con la experiencia previa y ejemplos de ellos mismos, que a su vez se plantea el cómo estas conductas que son determinadas por la sociedad en un momento histórico y cultural, también pueden afectar los estilos de vida saludables de algunos individuos.

La inquietud de saber cuáles conductas afectaban la salud, conformó el conflicto en las opiniones y se mostraron motivados a la participación, lo cual se vincula con que “a dialogar se aprende, al igual que se aprende a escuchar y a hablar (Rodríguez, 2008, pág. 7). Es decir, se aprende de los y las adolescentes, así como ellos de la facilitadora a escuchar y también a hablar mediante las opiniones que fortalecen la participación en el diálogo entre los mismos adolescentes.

Como parte de las actividades de este taller, se aborda el sociodrama, mismo que se da en un ambiente de humor entre los adolescentes y permite observar en esta proyección de cómo interpretan ellos los roles de hombres y mujeres, se rescatan las características de una masculinidad machista y otras formas de ser hombre, al igual en cómo se percibe la mujer, puesto que en la



Imagen 19 Actividad de lectura sobre género y salud

En este mismo orden de ideas se analiza la parte de la lectura distribuida en tres binas, la primera corresponde a la definición de género, la segunda a las definiciones de identidad de género y la tercera al género y salud, como se muestra en la imagen 19. Esta actividad nos permite identificar interés para relacionar el concepto discutido con el componente de salud, así como observar que la atención médica se vincula más a los padecimientos de la mujer e implementa mayores programas para este género como el cáncer cérvico-uterino, control de embarazo, cáncer de mama.

Dentro de esta actividad, en el momento de comentar la lectura, resalta la participación del participante D, que cuestiona la conceptualización de identidad de género, porque le permite recordar la infancia y hacer una comparación entre él y su primo. Su primo desde niño mostraba conductas homosexuales para los cuales en la lectura encuentra una explicación y comprende que la identidad sexual ocurre desde la infancia y se define en la adolescencia, lo que permite enriquecer la conceptualización desde diversos enfoques como la sociología, biología y las artes, que apoyan a elevar el aprendizaje a un nivel más complejo y enriquecido.

Otro de los puntos abordados en la lectura permitió la aportación de los participantes H y G, que hacen mención de la articulación teórica del enfoque de género con la salud.

“la salud de la mujer y hombre es diferente y es desigual. Diferente porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc) que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad. Desigual porque hay otros factores que influyen de una manera injusta, la salud de las personas (Villaseñor Farias, 2008, pág. 10).

Es decir que no se brinda la misma atención médica a hombres y a mujeres, existe mayor enfoque a proteger la salud de la mujer que la del hombre, por lo tanto estamos hablando de desigualdad y diferente en el sentido que existen enfermedades propias de la mujer. Mostrando con ello la reflexión y discusión del enfoque de género y salud.

Como parte de la fase de retroalimentación en este taller, se comparte que los roles sociales, los cuales ya identificamos como mujer y hombre, nos colocan en situaciones de riesgo hacia la salud, como es el caso de las adicciones, sufrir de violencia intrafamiliar y social, como el vandalismo, problemas del estado de ánimo, ejemplo, depresión o ansiedad y como parte del cierre y profundización de la temática se aborda el análisis de videos sobre los estereotipos y la tesis de masculinidad, que apoyó a la reflexión de la equidad de género como propuesta para no estar en lucha de poder entre hombres y mujeres, que nos reconozcamos como seres humanos con diferencia, pero con un fin en común, de vivir en equidad y respeto, para prevenir enfermedades o problemas de salud, sociales y de convivencia entre nosotros mismos.

Partiendo de una reflexión sobre este taller se subraya la participación como componente central que se fortalece mediante las aportaciones de los adolescentes en cada intervención de como comprendieron la información escrita, la cual no solo responde a los puntos que el facilitador comparte, sino a una comprensión de un discurso sobre la salud y el género en una realidad mexicana.

Al concluir con el taller de género y salud, se puede reflexionar que la participación conforma la parte estratégica para la mejora del proceso de enseñanza – aprendizaje, puesto que se obtiene como resultado de la dinámica generada en grupo y a la vez retroalimentan las técnicas implementadas en el taller.

Esta retroalimentación se centra en que las técnicas utilizadas les fueron adecuadas para comprender el desarrollo de la temática, existió vinculación de lo teórico con la cotidianidad, así

como el ir fomentando un pensamiento crítico en su entorno social con la teoría, Lo observamos en la parte de análisis de textos y sociodrama de los roles masculino y femeninos. Lo que guía a continuar con la tercera espiral de manera simultánea, como se presenta en el siguiente apartado.

4.3. Aplicación de la tercera espiral de intervención socioeducativa

La construcción de un aprendizaje no es tarea fácil, ni un camino recorrido en el área de la educación para la salud, por lo que representa un reto para el rol de facilitador en los talleres comunitarios, puesto que la complejidad de las características de los adolescentes se encuentra entre la incertidumbre del saber y del actuar en base al autocuidado en salud.

Las palabras nos faltan para categorizar el actuar y la voz que expresan los adolescentes en los escenarios de educación para la salud, donde el papel principal son ellos como actores sociales que influyen en este actuar para su bienestar. Por lo que en esta tercera espiral de intervención se plantea el taller de violencia intrafamiliar, donde se retoman las observaciones de los participantes en llevar a cabo un enfoque de la cotidianidad y ejemplos que les apoyen a construir propuestas para prevenir la violencia en las unidades domésticas en que habitan.

Por lo tanto, en el taller se da inicio con una actividad de elaboración de un cuento que sugiere el inicio de una historia, con esta actividad se observa que existe dificultad para redactar y ordenar las ideas, lo cual se refleja en la parte de plenaria donde se invita a compartir los cuentos elaborados. Los adolescentes se quedan callados y no desean compartir. En ese momento se introduce el lanzamiento de preguntas ¿qué es la violencia? y ¿cuáles son los factores de riesgo de sufrir violencia? Siendo el parteaguas para indagar los saberes previos de los participantes y con ello observar que existe homogeneidad en haber experimentado una situación de agresión física o psicológica.

La violencia fue definida como ejemplo de lo más cercano que han experimentado como son los golpes, los insultos y la muerte de algún conocido, lo anterior permitió reflexionar en ellos por qué pasa y qué aspectos son modificables para prevenir este tipo de conducta, encontrando que los factores que observan es el alcoholismo, estrés, bajo nivel académico, problemas

económicos, siendo esto lo que más se presenta en su cotidianidad. El ejercicio se realiza mediante la lluvia de ideas, anotándolas en un papel rota folio y a su vez explicando o argumentado por qué la colocan en la lista de factores de riesgo, como se muestra en la imagen 20.

Es interesante la dinámica grupal que se genera cuando los participantes comparten el saber previo desde la experiencia y no desde lo abstracto, lo viven y lo pueden argumentar con mayor fluidez y originalidad que sólo el recitar un concepto, puesto que es algo palpable y concreto. Lo cual permite realizar un andamiaje en el aprendizaje y profundizar en el conocimiento.



Imagen 20 Lluvia de ideas sobre violencia y factores de riesgo

Retomando la actividad de lluvia de ideas y sus aportaciones, se construye un concepto de lo que ellos mencionan que la violencia, es.

El maltrato físico, psicológico, sexual y patrimonial que ejerce una persona sobre otra u otras, que puede provocar hasta la muerte⁵.

⁵ Aportación de los participantes D, C y H, respecto a la realizar una definición que apoye la comprensión de la violencia.

Con la construcción del concepto de violencia que realizan los adolescentes, podemos mencionar que nos ilustra un aprendizaje, partiendo de su contexto que cobra un significado “en la teoría de la cognición situada, pues Novak entiende el significado indisociable unido al contexto en el que se ha construido: un concepto con sentido dependiendo de las diferentes proposiciones que lo incluyen, y éstas se generan en contextos específicos” (Coll C. P., 2008, pág. 97).

El aprendizaje observado en esta actividad nos guía a comprender la riqueza del significado de construcción de un conocimiento por parte de los adolescentes, siendo la base el contexto, lo que cobra sentido a dicho concepto y la unión como se menciona en el párrafo anterior de su cotidianidad, ilustrando el proceso de aprendizaje mediante la experiencia.

En base al desarrollo del taller posterior a la actividad de lluvia de ideas se realiza la lectura de textos sobre la violencia intrafamiliar, distribuidos en tres equipos los siguientes temas: definiciones de violencia intrafamiliar, factores de riesgo de la violencia intrafamiliar y ciclo de la violencia intrafamiliar. La lectura les pareció interesante aunque para una participante se le dificultó la comprensión del texto⁶.

Se observa que la dificultad que presenta la participante G se centra en la comprensión de algunos términos de la lectura, para ello se implementa el glosario de términos que se elabora por el grupo, que permita primero entender las palabras nuevas o que se desconocen, para nuevamente leer el texto sobre la violencia. Este ejercicio ayuda a la comprensión de la lectura y favorece la participación en grupo.

En la plenaria del análisis de la lectura se observa que identifican aspectos descriptivos como lo es el ciclo de la violencia y la argumentación de cómo se presenta, entonces “la secuencia de los contenidos en la enseñanza debe concretarse en una jerarquía conceptual que sigue un orden descendente: se empieza por los conceptos más generales, importantes e inclusivos, apoyados en ejemplos concretos que permitan ilustrarlos” (Coll C. P., 2008, pág. 100).

⁶ Participante G

La presencia de un orden en la secuencia de los contenidos, ayuda a que la enseñanza y el aprendizaje de los participantes del taller sea con mayor claridad y sobre todo encuentren significado en el contenido teórico, para atribuirlo a la estructura cognitiva.



Imagen 21 Actividad de lectura de textos sobre violencia

Lo anterior parte de compartir la lectura ejemplificando con videos una situación de violencia y el ciclo que se describe en el texto, mediante la proyección de dos videos, para posteriormente analizarlos en grupo.

El análisis de los videos es una de las formas con mayor complejidad para los adolescentes, puesto que por una parte les fue interesante y por otra parte realizan una introspección de casos, que les permitiera reflexionar sobre la problemática que afecta en la salud pública y por ende en lo social.

Las aportaciones que se observan se centran en la argumentación sobre qué es ser violento, mismo que abre la reflexión del participante D, el cual muestra mayor interés en exponer sus ideas sobre los videos y retoma la lectura, mencionando lo siguiente:

No imaginaba que se aprendía a ser violento, o que fuera una conducta aprendida, así como el saber que deben acudir las mujeres o personas agredidas al médico forense, para hacer una denuncia.

El contenido teórico y los ejemplos de los videos, permiten mostrar cómo amplia el conocimiento sobre la temática de violencia y un progreso de lo general a un punto específico o de caso como lo menciona:

“La teoría de Ausubel postula que la estructura cognitiva de sujeto responde a una organización jerárquica en la que los conceptos se conectan entre sí mediante relaciones de subordinación, de los más generales a los específicos. La incorporación del nuevo contenido al incluir hace que éste se desarrolle y amplíe” (Coll C. , 2008, pág. 95)

Este conocimiento nuevo se observa en la participación de los adolescentes sobre los comentarios en torno a los videos de la violencia, por un lado el contenido psicológico del concepto y por otro lado las implicaciones sociales que afectan en la salud del individuo, así como hacer la discusión sobre ejemplos de su cotidianidad respecto al maltrato intrafamiliar.

Este mismo resultado de la participación y discusión que se genera en el taller sobre la violencia intrafamiliar, permite visualizarlo desde la óptica de los saberes socialmente productivos, puesto que Bertha Orozco (2009) el sentido del aprendizaje no sólo se debe observar desde lo cognitivo, sino en su significatividad político cultural en el acto de conocer; esto apoya a producir un constructo o contorno de articulación que favorece el pensar y actuar con las diversas aristas y procesos de aprendizaje.

Es decir que la discusión y ejemplificación de la cotidianidad de los adolescentes, guía a traducir el aprendizaje a una dimensión no sólo cognoscitiva, sino a la criticidad de lo que viven en su entorno social y como parte de una nación, abriendo con ello horizontes de complejidad en la reflexión de cada uno de los participantes del taller.

La reflexión y la discusión formaron el eje para dar seguimiento al taller con la elaboración de un mural, por medio de plasmar en un dibujo o símbolo aquellas propuestas que apoyan a prevenir la violencia intrafamiliar y se observa que cada uno elige un espacio del rotafolios, colocados en el piso y la discusión se modifica en silencio y pensando en lo que iban a colocar en cada uno de los espacios en blanco que habían elegido, como se muestra en la siguiente imagen 22.



Imagen 22. Actividad de elaboración del mural de medidas preventivas para la violencia intrafamiliar.

La pausa y el silencio se prolongó y a su vez la fluidez en lo que se deseaba plasmar, por lo que se intervino con ejercicio de relajación mediante la respiración por seis tiempos, que apoyara a la concentración. Lo cual tuvo un efecto positivo que generó mayor apertura a dibujar y continuar con las aportaciones de cada uno de los que integran el taller.

De acuerdo a lo anterior, podemos señalar que la mediación de la facilitadora es uno de los componentes básicos para articular los aspectos culturales, sociales y cognitivos que apoyan a la construcción de un saber significativo.

En este sentido se observa, en la imagen 23, que la participante E nos indica dentro de su propuesta para prevenir la violencia, aspectos psicológicos y sociales en lo que se encuentra la justicia como un valor social y que lo ilustra con un ejemplo cotidiano y posteriormente señala que se puede hacer para no sufrir violencia; articulando lo cognitivo con su experiencia a través del aprendizaje.



Imagen 23. Actividad del mural de medidas preventivas para la violencia intrafamiliar.

Otro de los hallazgos de esta actividad se encuentra en la integración y confianza que existe entre los participantes, previa al taller de violencia intrafamiliar, puesto que se observa que para la participante F se le dificulta compartir la experiencia y ejemplificar los casos de violencia intrafamiliar aun y cuando son afines en las historias y vivencias sobre esta temática, a diferencia de los demás, que han compartido con mayor fluidez y refieren este acercamiento previo como un elemento que facilito la confianza, al igual que el papel de la facilitadora en propiciar un ambiente de apertura en los comentarios y opiniones.

La confianza, como se señala en el párrafo anterior es un ingrediente que favorece la discusión y participación, el cual estuvo presente en el cierre de la actividad mediante la exposición de las propuestas sobre la prevención, donde se observa la individualidad y originalidad en plasmar lo que pensaban y opinan que debe realizarse para evitar la violencia como lo expresan cuatro de los participantes que señalan los valores como la forma de prevenir:

- Participante C, utiliza los colores para simbolizar el romper el miedo y hablar.
- Participante F, propone la comunicación y valores familiares.
- Participante D, expone el valor del amor en la familia.

Participante G, simboliza los valores familiares.

Estas aportaciones nos llevan a una mezcla de conceptos sobre la temática, que desde la óptica del adolescente las formas o medidas preventivas para la violencia intrafamiliar son los valores que se establecen en la familia. Aspecto que señala un enfoque mediante los valores y no desde lo psíquico y que refleja el aporte social a los nuevos conocimientos sobre la temática.



Imagen 24. Exposición de mural sobre medidas preventivas de la violencia intrafamiliar.

El ejercicio del mural y la exposición, como ya se ha mencionado, abona al proceso de enseñanza- aprendizaje desde un enfoque constructivista y a la vez sociocultural, puesto que si observamos que en las diferentes actividades se favoreció la parte cognitiva, articulada con la experiencia, para producir un nuevo conocimiento desde la cotidianidad, rescatando los saberes previos y argumentando con la teoría para que comprendieran su realidad y dar inicio a la criticidad de su contexto social mediante la propuesta de medidas preventivas de la violencia intrafamiliar, la metodología propuesta de actividades de inicio, desarrollo y cierre.

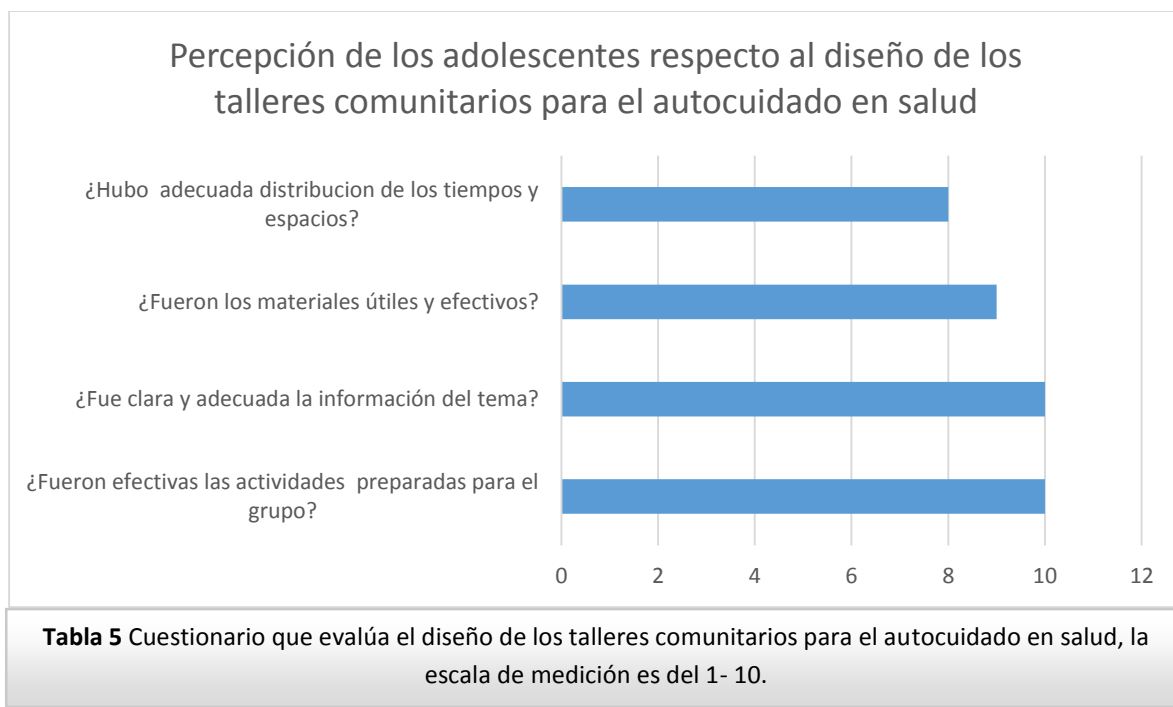
Este apoyo metodológico fortalece el proceso de enseñanza – aprendizaje en los talleres comunitarios y a su vez permite explorar y combinar diferentes métodos y estrategias didácticas.

4.4. Evaluación de los talleres comunitarios

En este apartado del capítulo cuarto, se da espacio a la evaluación en dos momentos, para abordar por un lado la parte de replanificación y por el otro la valoración de los logros y planteamientos de los talleres comunitarios orientados a la acción educativa que da los soportes dinámicos de la conducción del proceso de enseñanza- aprendizaje. Por lo tanto se tomará como eje central el modelo cualitativo de evaluación que se explica en el apartado anterior, con el propósito de valorar el logro de los objetivos y planteamiento iniciales de la intervención educativa del trabajo de investigación.

Para lo cual fue necesario el diseño de un instrumento de medición, que consta de un cuestionario, orientada a recoger la percepción de los participantes en cuanto a su desempeño y aprendizaje dentro de la intervención educativa, así como la articulación con la cotidianidad y el diseño del taller. Por otra parte la facilitadora, realiza un autoanálisis en base a una matriz comparativa de objetivos con logros y planteamientos alcanzados en el ejercicio de los talleres comunitarios para el autocuidado en la salud. Los resultados obtenidos a evaluar el impacto nos lleva a la ardua tarea de reflexionar constantemente en el actuar educativo, puesto que la realidad es dinámica y nos guía a caminos de reflexión.

Dentro de este proceso reflexivo podemos mencionar que los hallazgos de la evaluación de los talleres se presentan en las siguientes tablas que muestran cómo fue percibido el diseño y la conducción de los talleres.

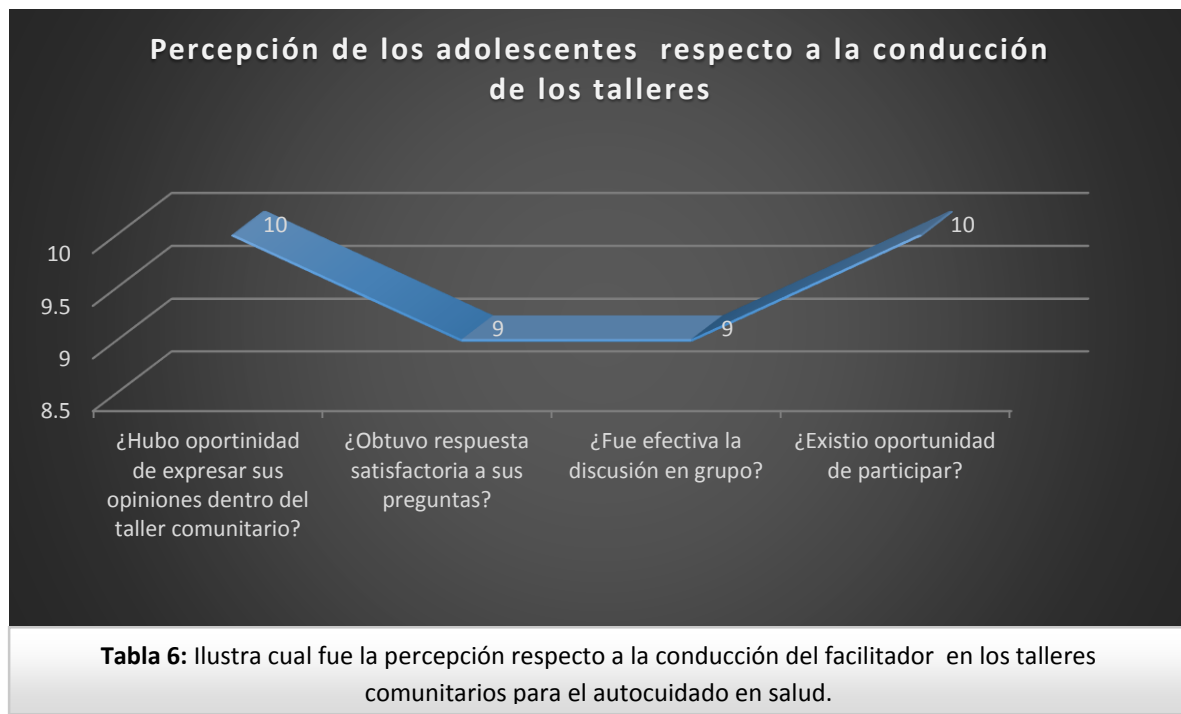


El aspecto de percepción sobre el diseño de los talleres por parte de los adolescentes, muestra la preparación de las actividades y la forma en que se presentó la información otorgando un valor de 10 que equivale a que se cumplió con la expectativa del participante, mientras que la cuestión del tiempo y el espacio marcan la inconformidad para el buen desarrollo del taller. Como ya se mencionó en otro apartado, la infraestructura es uno de los aspectos que afecta de forma directa el desarrollo del taller.

Por otra parte dentro, del diseño podemos observar que los materiales que se utilizaron como videos, televisión y papelería, les parecieron buenos, dando el valor de 9 sobre 10. En este indicador se observa que el uso de los diferentes textos, videos y papelería involucra la preparación y selección de la información, así como las lecturas sobre la temática, el proporcionar en tiempos el material impreso y de elaboración de un producto dentro del taller.

En cuanto a la conducción podemos mencionar que es uno de los procedimientos que complejiza el actuar de la facilitadora y a su vez lo sintetiza en los indicadores que fueron

valorados por los adolescentes y que resume en 4 interrogantes sobre la participación del adolescente y de la facilitadora, como se presenta en la tabla 6.



La anterior tabla 6 nos muestra que la conducción se resalta la oportunidad de expresar, discutir, participar y la retroalimentación que se genera al interior de los talleres comunitarios para el autocuidado en salud. Estos indicadores, que pueden ser subjetivos, se objetivizan mediante la valoración de los adolescentes y se muestra en cada uno de los talleres, donde el actor principal es el aprendiz y que con la participación y discusión constituye la parte crítica que se plantea en los propósitos de esta intervención educativa.

Por lo tanto, podemos mencionar que en cuanto a la criticidad de los participantes sí se fomentó mediante la estrategia de los talleres, apoyados de un modelo constructivismo-sociocultural, donde se da privilegio a la experiencia y articulación con su cotidianidad, como se ejemplifica enseguida con la interrogante de ¿cómo relacionan los temas de los talleres con su vida diaria?

Participante D: La relaciono con mi vida para ya no ser agresivo.

Participante F: Pues en mi vida o en mi casa hay violencia. Mamá y papá pelean por la falta de dinero, cuando mis hermanos pelean les pegan y etc.

El ejemplo que comparten los adolescentes, es una fracción de los comentarios que se generaron en cada uno de los talleres, por lo que no solo rescatan la articulación con su cotidianidad, también los indicadores de confianza y participación se tratan de elementos que apoyan a satisfacer una de las necesidades del diagnóstico, donde se planteaba la falta de participación y confianza en opinar en las diferentes temáticas por miedo a las críticas.

Haciendo una reflexión comparativa de las necesidades y problemática identificada en la primera etapa de diagnóstico de esta intervención educativa, se puede ilustrar.

Diagnóstico	Cambios en el transcurso de la intervención educativa	Resultados
a) Metodología en el proceso de enseñanza- aprendizaje		
1.- Deficiencia en el dominio de metodologías pedagógicas por parte del facilitador de talleres comunitarios. 2.- Bajo impacto en los aprendizajes para el autocuidado en salud, por desinterés en la temática de los talleres. 3.- Material didáctico confuso y poco entendible para las y los adolescentes.	1.- Metodologías con enfoque de constructivismo social, y criticidad. 2.- Se implementan talleres con temática propuesta por los adolescentes. 3.- Selección y diseño de material impreso y audiovisual de la temática.	1.- Manejo y dominio del facilitador en procesos metodológicos. 2.- Motivación, participación, discusión y confianza en las opiniones sobre la temática abordada. 3.-Percepción de una información más clara y precisa de la temática.
b) Factores que influyen en el proceso de enseñanza- aprendizaje		
1. Mejorar la organización y planeación de los talleres comunitarios. 2.- Deficiencia en la infraestructura.	1.- Diseño y programación de las actividades a desarrollar en los talleres comunitarios. 2.- Exposición de la necesidad de mejorar la infraestructura a directivos.	1.- Organización y adecuada ejecución de actividades en los talleres comunitarios para el autocuidado en salud. 2.- No fue atendida la necesidad de infraestructura.

Cuadro 9: evaluación sumativa de la intervención educativa mediante los talleres comunitarios para el autocuidado en salud.

La evaluación es uno de los puntos que se trata en cada una de las intervenciones que se plantean y que nos llevan a un ciclo de transformar la realidad educativa en la cual se interactúa siendo sujeto y objeto de investigación. Por lo que el cuadro 9, plasma de forma sistematizada el proceso de ir transformando el actuar educativo dentro de un contexto comunitario.

REFLEXIONES FINALES

El fenómeno educativo de los talleres comunitarios para el autocuidado, nos lleva sin lugar a dudas a una articulación de la política social dirigido a los sectores de educación y salud, por lo que las implicaciones no sólo se observan en el ámbito académico, sino político, cultural, económico, social y educativo en el cual se involucra la intervención educativa del facilitador de los talleres comunitarios para la salud.

Dentro de esta esfera no escolarizada de la educación, se analiza la realidad nacional respecto a la salud y la educación no formal, como eje principal para la prevención. Representando un reto, el mejorar el proceso de enseñanza – aprendizaje de la sociedad en materia de prevención de enfermedades, así como de contribuir a favorecer la participación de los adolescentes en el autocuidado de su salud, para con ello ir construyendo una generación de adultos con sensibilización sobre la prevención aplicada en su vida cotidiana.

Las aportaciones teóricas y los hallazgos de este trabajo de investigación – acción, nos muestran un recorte de la realidad el cual para muchos educadores no es una preocupación, sino solo el cumplir con una meta, que no impacte en la vida social y económica del país. Por tanto, como hemos visto en los capítulos anteriores, el diagnóstico es la etapa primordial de esta intervención, nos guía a identificar que una de las necesidades que aqueja a los facilitadores y que a su vez se proyecta en los resultados de la participación de los y las adolescentes es el saber guiar el proceso de enseñanza – aprendizaje, donde viene implícita la selección de materiales, videos, planteamiento de preguntas y generar una ambiente de confianza que permita el diálogo entre el facilitador y los adolescentes.

Como se ha mencionado, en el diagnóstico nos lleva a comprender e identificar las necesidades o problemáticas educativas, que para este caso no sólo se basan en el aspecto cognitivo, sino también de infraestructura que forma parte de un elemento clave en los procesos de enseñanza- aprendizaje. Este sentir de los adolescentes y observación del espacio no fue posible atenderlo, por cuestiones administrativas que obstaculizaron las gestiones para el logro de satisfacer esta necesidad.

Las limitantes que se observan se pueden plantear en dos aspectos: la primera se centra en la administración de los servicios de salud y la vinculación con el ayuntamiento municipal, puesto que no existe una partida presupuestal que contribuya a mejorar la infraestructura de un módulo, puesto que prioriza la ejecución de programa, como son los apoyos económicos hacia las familiar y pago de sueldos a los profesionistas, sin ningún recurso para acondicionamiento de los espacios físicos donde se lleva a cabo dicho programa.

Lo anterior nos lleva a cuestionar el papel del estado, en el modo de cómo opera los programas sociales con enfoque educativo, puesto que no existen evaluaciones cualitativas que guíen el actuar y mejorar la aplicación de dichos programas, abriendo las interrogantes de ¿si sólo se implementa y no se evalúa? o ¿cómo se evalúa la política social en nuestro país? Sin lugar a dudas esta etapa nos permite abrir nuevos horizontes de interpretación, donde podemos citar el aspecto político- social que impacta en la educación no escolarizada.

El segundo aspecto de estas limitantes lo observamos en la población que es beneficiaria, puesto que el programa abre un espacio público para la organización y participación de dicha población, no se plantea como una necesidad el mejorar la infraestructura de los servicios de salud, los puntos que se tratan en reuniones son las inasistencias y el pago del apoyo económico a las familias beneficiarias. Lo cual tiene vinculación con el anterior párrafo en donde deja de ser una prioridad aun y cuando ello influye en la calidad del servicio otorgado.

Dentro del proceso de diagnóstico y programación se centran las aportaciones teóricas del constructivismo social que propone Cesar Coll como base para la operación en la implementación de las actividades diseñadas en los talleres comunitarios, así retomar la estructura metodológica de Díaz Barriga, con las fases de actividades iniciales, de desarrollo y de cierre que orientaron la praxis educativa de los talleres comunitarios para el autocuidado en salud.

Sin embargo, la revisión teórica que se realiza en el tercer capítulo de este trabajo, nos lleva a reflexionar sobre la propuesta de un modelo educativo por competencias vigente en el sistema educativo nacional, el cual se vincula más a una intervención escolarizada, que no escolarizada, donde se observa el diseño y de un perfil de egreso de los educandos y el desarrollo

de competencias, en cambio, para fines de la intervención en los talleres comunitarios es dar un enfoque más en la criticidad de su entorno, para partir de su cotidianidad e ir capacitando en el auto-cuidado en salud de los y las adolescentes, haciendo una articulación entre los contenidos teóricos y la cotidianidad.

Por tanto, es necesaria la atención de la problemática educativa desde diversas perspectivas que contribuyen a guiar el proceso de enseñanza- aprendizaje de los y las adolescentes. Puesto que son poco los estudios en este campo fértil de investigación, que nos aportan nuevos enfoques o estrategias que nos describan o interpreten una realidad educativa no escolarizada, que como ya se ha mencionado anteriormente se intenta partir desde un enfoque del constructivismo social, con aportaciones de la criticidad.

En este aspecto, la intervención educativa se fundamenta desde la criticidad y la metodología de investigación-acción que nos permite apoyar la praxis y a su vez guiar la implementación de una propuesta educativa que atiende las necesidades identificadas, centrándose en la problemática de mejorar el proceso de enseñanza aprendizaje en un contexto no escolarizado de los talleres comunitarios para el auto-cuidado en salud.

La cotidianidad del facilitador de los talleres comunitarios, nos habla de una discusión teórica sobre su rol en el cual se observa también la evolución de la forma en que se conceptualiza, puesto que han planteado tres modelos educativos en los contextos no escolarizados, donde colocan a la facilitadora en diferentes roles, como se plantean en seguida: el primer modelo considera al facilitador como instructor, el segundo modelo lo observa como promotor y en el tercer modelo lo identifica como facilitador.

Como podemos observar, el concepto ha tenido una evolución que permite cuestionar cuál fue el rol que actualmente se desarrolló en la intervención, visualizando que el facilitador realiza una enseñanza “donde se conjuga la participación de aprendices que discuten, comparten y construyen saberes que influyen en un conocimiento de tipo conceptual, a través de crear interpretaciones y asimilaciones” (Hernández Rojas, 2004, pág. 230). Puesto que los talleres comunitarios aportaron este hallazgo del rol del facilitador como la mezcla de discusiones, desde

su contexto, elevándolos a lo teórico, mediante la elección de actividades y técnicas que abrieron el espacio de diálogo que propicia el facilitador o facilitadora.

Introduciéndonos a la intervención no podemos dejar de lado la programación que funge como pilar en el diseño de actividades y elección de materiales didácticos, lo cual no sólo se puede decir que fue una etapa y de forma subsecuente la implementación, puesto que este punto se retoma en cada espiral y a su vez en la evaluación de la intervención, siendo un proceso cíclico en el cual van de la mano la programación, la implementación y la evaluación como una triada que necesita estar unida para comprender la problemática educativa.

Si observamos en el capítulo 3 y 4 sobre la programación y aplicación de la intervención, se visualiza en tres aspectos: programación, implementación o ejecución y evaluación, que van unidos y que a su vez nos permiten centrar la evaluación que no sólo se realiza al término, sino que es de forma continua desde el diagnóstico hasta la tercera espiral, y que a partir de ir construyendo un método cualitativo y clásico de la evaluación, se da una propuesta de la triangulación que permite tomar decisiones para mejorar la práctica educativa, en donde se encuentra que en la primera espiral era necesario elegir materiales visuales que apoyaran la ejemplificación de los conceptos para acercarlos a su cotidianidad. En cuanto a la segunda espiral la valoración subraya la importancia de la confianza y la apertura como mecanismos para el diálogo y en la tercera espiral se obtiene un resultado en cuanto al diseño de los talleres donde el punto a mejorar se centra en la distribución de los tiempos y los espacios, otro de los indicadores valorados fue la conducción obteniendo una percepción adecuada y satisfacción en haber expresado sus opiniones, en que se aclararon sus dudas y todos con la oportunidad de participar.

Este mismo modelo da como hallazgo que la implementación de los instrumentos y la utilización de los registros de observación para la evaluación y reprogramación, no solo nos permite sistematizar los resultados, sino interpretarlos desde la subjetividad apoyada de un registro cuantitativo que permite las apreciaciones de los adolescentes y de la facilitadora, por lo cual orienta la difícil tarea de ser sujeto y objeto de la investigación.

Si bien el valorar el quehacer profesional, nos lleva a una reflexión interna y externa, puesto que se miden los resultados de la intervención educativa, partiendo de una problemática identificada y a la cual se le atiende mediante propuestas de solución que van perfeccionando la práctica educativa con los adolescentes.

Por tanto, podemos citar que el punto de partida de nuestro trabajo de investigación se centra en la evaluación, que si bien nos ilustra en la necesidad de seguir puliendo los instrumentos de medición de los aprendizajes, puesto que el modelo implementado se basa en el proceso de enseñanza- aprendizaje. Haciendo un rescate de las aportaciones que los adolescentes mencionan respecto a lo aprendido y es mediante el rotafolio de evidencias de los productos elaborados en taller y las participaciones que ayuda a interpretar los aprendizajes.

La visión en la que nos coloca la intervención educativa, donde se vincula el sector salud a lo educativo, coloca en un problemática compleja que nos abre nuevas líneas de investigación para el estudio pedagógico, político, económico y social, que se centra en la educación popular a cargo del sector salud. En donde se busca una interpretación que abone al conocimiento teórico de las disciplinas de lo social y educativo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alaníz Hernández, C. (2008). La influencia del extranjero en la educación: FMI, BM, OCDE y todos los demás. *Casa del tiempo*, 9-15.
- Altet, M. (2005). *La competencia del maestro profesional o la importancia de saber analizar las prácticas*. Francia: Fondo de Cultura Económica .
- Álvarez Ruales, J. (1969). *Integración de la salud en el proyecto piloto de alfabetización funcional del Ecuador*. Pátzcuaro: CREFAL.
- Astorga, A. D. (1991). *Manual de diagnóstico participativo*. Buenos Aires : Humanitas .
- Aylwin Granja, Z. G. (2006). *Historicidad y transmisión del conocimiento. El papel de la epistemología*. México: Colegio de México.
- Barrón Tirado, C. (1997). *La Educación basada en competencias en el marco de los procesos de globalización*. México: CESU-UNAM.
- Bauseles Herrera, E. (2005). *La docencia a través de la investigación - acción*. Recuperado el 20 de septiembre de 2011, de La docencia a través de la investigación - acción:
http://www.une.edu.ve/uneweb2005/servicio_comunitario/investigacion-accion.pdf
- Bravo, Nestor. (19 de Noviembre de 2011). *El concepto del taller*. Recuperado el 2011 de noviembre de 19, de Universidad de los Llanos:
http://acreditacion.unillanos.edu.co/contenidos/NESTOR%20BRAVO/Segunda%20Sesion/Concepto_taller.pdf
- Campos, Yolanda. (2000). <http://www.camposc.net>. Recuperado el 30 de Mayo de 2011, de ensayos/00estrategiasenzaprendizaje:
<http://redescolar.ilce.edu.mx/redescolar/biblioteca/articulos/pdf/estrategia.pdf>
- Careaga, A. R. (2006). *Aporte para diseñar e implementar un taller*. DPCM.
- Coll, C. (2008). Constructivismo y educación: la concepción constructivista de la enseñanza y el aprendizaje. En C. P. Coll, *Desarrollo psicológico y educación* (págs. 157-186). Madrid, España: Alianza.
- Coll, C. M. (2007). *El constructivismo en el aula*. México, D.F: Graó/ Colofón.
- Coll, C. P. (2008). *Desarrollo psicológico y educación*. Madrid, España: Alianza.
- Consejo Nacional de Población. (1999). *Métodos de planificación familiar*. México: CONAPO.

- Delors, J. (1993). *La educación encierra un tesoro*. UNESCO.
- Díaz- Barriga Arceo, Frída. (2006). *Enseñanza Situada. Vinculo entre la escuela y la vida*. México: Mc Graw Hill.
- Díaz-Barriga Arceo, F. (2005). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo; una interpretación constructivista*. México: McGraw- Hill.
- DIGEST, I. (2000). *Violencia doméstica contra las mujeres y niñas* . Florencia, Italia : UNICEF.
- Domínguez García, L. (2008). La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. *Boletín electrónico de Investigación de la Asociación oaxaqueña de psicología*, 69-76.
- Duarte Becerra, M. d. (2007). *La Educación: un compromiso diverso y permanente*. Morelia, Michoacán: SEE/ UPN.
- Elliot, J. (2000). *La investigación- acción en educación*. MORATA.
- Flores, Rafael. (1993). *Constructivismo pedagógico y enseñanza por procesos*. Santafé de Bogotá: Mc Graw Hill.
- Flores, R. (1993). *Hacia una pedagogía del conocimiento*. Santafé de Bogotá: Mc Graw Hill.
- Gagné, R. M. (2004). *La planificación de la enseñanza*. México: Trillas.
- García Ospina, Concepción. (octubre de 2001). *Algunas reflexiones sobre la educación para la salud*. Recuperado el 20 de noviembre de 2010, de http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista_6_3.pdf - -1k
- Gómez Sollano, M. (2009). *Saberes socialmente productivos y educación. Contribuciones al debate*. México: UNAM.
- Haeberle, E. J. (2009). *Atlas de la sexualidad*. Madrid, España: AKAL.
- Hernández Rojas, Gerardo. (2004). *Paradigmas en psicología de la educación*. México: Paidós Educador.
- Hessen, J. (2003). *Teoría del conocimiento*. España: Losada.
- Lara Alberca, J. M. (01 de junio de 2012). *Adolescencia: cambios físicos y cognitivos*. Recuperado el 15 de junio de 2012, de Adolescencia: cambios físicos y cognitivos: www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista11/11_9.pdf
- Martínez Migueles, M. (2000). La investigación-acción en el aula. *Agenda academica*, 27-39.
- Morin, E. (2003). *Teoría de sistemas, informática y cibernética*.

- Norma Oficial Mexicana, NOM- SSA-005. (6 de marzo de 1993). *De los servicios de planificación familiar*. México: SSA. Recuperado el 2 de Enero de 2012, de Métodos anticonceptivos: <http://www.womenshealth.gov>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2012). *México, mejores políticas para un desarrollo incluyente*. México : OCDE.
- Ortiz, Gloria. (2010). *Habilidades básicas del pensamiento: con enfoque en competencias*. México, D.F: CENGAGE Learning.
- Pérez Serrano, G. (2008). *Elaboración de Proyectos Sociales: Casos prácticos*. Madrid, España: NARCEA, S.A DE EDITORES.
- Perrenoud, P. (2002). *Construir competencias desde la escuela*. Chile: DOLMEN/OCEANO.
- Reyes Archundia, R., & Valdovinos, C. . (2004). *La formación intercultural docente, un acercamiento*. Uruapan, Michoacán: UPN.
- Rodríguez, L. (2008). Actualidad del pensamiento y la praxis freiriana. *Novedades educativas No. 209*, 6-8.
- SANTILLANA. (2009). *ABC de la Reforma Integral de la Educación Básica*. México: SANTILLANA.
- SANTILLANA. (2009). *Reforma Integral de Educación Media Superior*. México: SANTILLANA.
- Secretaria de salud, C. N. (2009). Modelo integrador para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual. México, D.F: Secretaria de Salud.
- Sevillano García, M. L. (2005). *Didáctica en el siglo XXI. Ejes en el aprendizaje y enseñanza de calidad*. Madrid: McGrawHill.
- Secretaria de Desarrollo Social. (2009). *Manual operativo del modelo alternativo de salud*. México: Secretaria de Desarrollo Social .
- Secretaria de Salud. (4 de septiembre de 2007). www.dgpi.salud.gob.mx. Recuperado el 17 de febrero de 2011, de www.dgpi.salud.gob.mx: www.dgpi.salud.gob.mx
- Szasz, I. &. (2005). *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México: COLMEX.
- Tebar Belmontes, L. (2003). *El perfil del profesor mediador*. México: Santillana, Aula XXI.
- Tepichin, A. M. (2010). *Relaciones de género*. México, D.F: COLMEX.
- Torres Maldonado, H. &. (2009). *Didáctica general*. San José: CECC/SICA No. 9.
- Ursua, M. N., & J.M. (s.f.). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Materiales para una fundamentación científica*. FONTAMARA 18.

Valadez Figueroa, I., Villaseñor Farias, M., & Alfaro Alfaro, N. (2004). Educación para la Salud: la importancia del concepto. *Educación y Desarrollo*, 43-48.

Wikipedia. (21 de Noviembre de 2010). *Medicina preventiva*, *Wikipedia, la enciclopedia*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2010, de http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_preventiva

Wikipedia. (enero de 2012). <http://es.wikipedia.org/wiki/Sexualidad>. Recuperado el 2 de enero de 2012, de <http://es.wikipedia.org/wiki/Sexualidad>: <http://es.wikipedia.org/wiki/Sexualidad>

Zemelman, H. (1997). *Necesidad de conciencia. Un modo de construir conocimiento*. Barcelona: COLME/ANTHROPOS/ENSM/UV.

Zurita Jimenez, M. E. (2001). *Universo médico*. Recuperado el 1 de junio de 2012, de <http://universomedico.com.mx/metodos-anticonceptivos/el-parche-anticonceptivo/como-funciona/efectividad.html>

Anexos

Apéndice A

CUESTIONARIO SOCIOEDUCATIVO

INSTRUCCIONES

El propósito de este cuestionario es recoger datos sobre características socioeconómicas, socioculturales, intereses y la percepción de la población adolescente sobre los talleres comunitarios del programa Desarrollo Humano Oportunidades.

Para ayudar a resolver este cuestionario, te pido de favor marcar con una (X) la opción que corresponde a tu respuesta.

Toda la información será anónima y confidencial. Es importante contestar correctamente y de la forma más honesta las preguntas.

I ANTECEDENTES PERSONALES Y SOCIOECONOMICOS

1.1 Edad		1.2 Sexo	Masculino	Femenino		
1.3 Estado civil	Soltero (a)	Casado (a)	Viudo (a)	Unión libre	Separados	
1.4 Número de hermanos						
1.5 ¿Colonia en dónde vives?						
1.6 ¿Número de personas con quien vives?		1.7 ¿Número de personas que trabajan en la familia?				
1.8 ¿Quién es el jefe de la familia?	a) Madre	b) Padre		c) Ambos	d) otros (especificar)	
1.9 ¿Con quién vives?	a) Sólo la madre	b) Sólo el padre		c) Ambos	d) Ninguno	

1.10 Situación ocupacional de la familia (marque con una X)				
	1.10.1 Padre	1.10.2 Madre	1.10.3 Hermanos	1.10.4 otros
a) Jornalero				
b) Obrero				
c) Empleado				
d) Comerciante				
e) Comerciante ambulante				
f) No trabaja				
g) Ocasionalmente trabaja				
h) Jubilado o pensionado				

1.11 Ingreso mensual aproximado de la familia o unidad doméstica (Marque con una X)	
a) - \$2500.00	
b) \$ 2500.00 a 5000.00	
c) \$ 5000.00 a 7500.00	
d) \$ 7500.00 a 10000.00	
e) \$10000.00 a 12500.00	
f) \$12500.00 y más	

II DATOS SOCIOCULTURALES

2.1 Nivel de escolaridad de la familia				
	2.1.1 Padre	2.1.2 Madre	2.1.3 Hermanos	2.1.4 Otros

a) Ninguna				
b) Primaria				
c) Primaria incompleta				
d) Secundaria				
e) Secundaria incompleta				
f) Bachillerato o equivalente				
g) Bachillerato incompleto				
h) Carrera técnica				
i) Universitaria				
2.2 ¿Qué actividades realizan en los tiempos libres?	a) Deportivas	b) Sociales	c) Religiosas	d) Políticas
2.3 ¿Qué tipo de programas de televisión te gusta ver?				
2.4 ¿Cuántas horas al día ves televisión?				
2.5 ¿Qué lugares te gustaría visitar o conocer?				
2.7 ¿Cuántos libros les al año?	a) Menos de 1	b) 1 a 3	c) 4 a 6	d) 6 o más

III DATOS EDUCACIONALES

3.1. Institución educativa en la que estudias.	a) preparatoria federal	b) bachillerato	c) C.B.T.I.S	d) CONALEP	e) otros
3.2 ¿Año escolar que cursas actualmente?					
3.3 La temática de los talleres comunitarios la consideras.	a) Adecuada a las necesidades de los participantes	b) Adecuada en la mayoría de los participantes	c) Inadecuada a las necesidades de los participantes		

3.4 El desarrollo del taller comunitario lo considero.	a) Con precisión y adecuado a las necesidades de los participantes	b) Parcialmente adecuado a las necesidades de los participantes	c) Confuso o no se realiza		
3.5 La conducción de los talleres comunitarios la consideras.	a) Con precisión y clara	b) Parcialmente con precisión y clara	c) Confusa		
3.6 Los materiales que se utilizan en los talleres son.	a) Adecuados y suficientes a las necesidades del grupo	b) Parcialmente adecuados y suficientes a las necesidades del grupo	c) Inadecuados e insuficientes a las necesidades del grupo		
3.7 Los espacios en los que se desarrollan los talleres son.	a) Adecuados y suficientes a las necesidades del grupo	b) Parcialmente adecuados y suficientes a las necesidades del grupo	c) Inadecuados e insuficientes a las necesidades del grupo		
3.8 El horario en que se realizan los talleres comunitarios es:	a) Adecuados y suficientes a las necesidades del grupo	b) Parcialmente adecuados y suficientes a las necesidades del grupo	c) Inadecuados e insuficientes a las necesidades del grupo		
3.9 ¿Estás conforme de participar en los talleres comunitarios?	Si				
	No				
3.10 Si tu respuesta anterior fue NO, señale el motivo.	a) No llena mis expectativas	b) No me interesa saber del autocuidado en salud	c) otros		
3.11 ¿Por qué participa en los talleres comunitarios?	a) Por gusto.	b) Por interés en algún tema	c) Por obligación del programa d) otros		
3.12 ¿Los temas vistos en talleres comunitarios, han sido de	Si	3.13 Si tu respuesta anterior fue no, señale el motivo	a) Lo visto en taller no es aplicable	b) Los ejemplos no son claros	c) Ninguna experiencia con relación al tema
	No				

utilidad para prevenir alguna enfermedad?					
3.14 ¿Cómo es la relación del facilitador del taller comunitario con los participantes?					
3.15 ¿Qué te gustaría cambiar de los talleres comunitarios?					
3.16 ¿Cuáles son los temas que más me interesa y tienen relación con mi vida diaria?					

Gracias por tu participación!!!

Apéndice B

GUÍA DE ENTREVISTA

I.- ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

¿Cómo consideran la organización de las actividades de los talleres?

Si se llega a necesitar de recursos didácticos o materiales, ¿cuál es el procedimiento?

¿La coordinación entre el personal como lo considera? y ¿por qué?

II.- PLANEACIÓN Y PROGRAMACIÓN

¿Se planean los talleres?

¿Cómo es el proceso de planeación?

¿Considera que los materiales didácticos, son adecuados para abordar la temática con los participantes de los talleres comunitarios?

¿Cuáles son los puntos o aspectos a considerar en los talleres, que considere de mayor importancia?

III.- ACTUALIZACIÓN – CAPACITACIÓN

¿Se recibe actualización o capacitación en la intervención educativa de los talleres comunitarios?

¿Cuáles son las necesidades que usted identifica en la cuestión de capacitación o en su rol de docente ante el grupo?

¿Qué aspectos de capacitación le gustaría mejorar y por qué?

IV.- PROCESO DE ENSEÑANZA- APRENDIZAJE

¿Cómo define usted el rol de docente ante el grupo de adolescentes?

¿Cuáles son los logros u aprendizaje de los adolescentes en los talleres?

¿Cómo se evalúan los aprendizajes de los adolescentes en los talleres?

¿Qué técnicas o estrategias considera que han sido adecuadas para el logro de objetivos del taller?

¿Se le ha presentado alguna dificultad en conducir el taller?

¿Qué observa usted, que haga falta en los talleres comunitarios?