

Conceptos claves en un programa educativo*

Key Concepts in an Educational Program

Conceitos chave em um programa educativo

MYRIAM PATRICIA PARDO TORRES**, KAREN TATIANA SANTACRUZ PARDO***,
YURI PATRICIA RAMOS ANACONA****, CATHERINE ARANGO MARTÍNEZ*****

Resumen

Se presentan los resultados de la revisión de literatura sobre los conceptos comunicación asertiva, afecto y las visiones de enfermería de reciprocidad y simultaneidad como sustento base de un programa educativo de intervención con adolescentes para promover la responsabilidad procreativa. La revisión bibliográfica sistemática tomó como bases de datos Ebsco-Host y Scielo.

Conclusiones: la comunicación asertiva es una habilidad social aprendida, que es necesario fortalecer en los programas de salud sexual y reproductiva; el afecto es un elemento motivador para la transmisión y apropiación de conocimientos en

educación sexual y reproductiva; la visión de reciprocidad orienta la interacción entre el (la) adolescente y la (el) enfermera (o) componente necesario para una construcción mutua del autocuidado en este ámbito, y la visión de simultaneidad integra el contexto como elemento fundamental en el abordaje de la temática dentro de un programa educativo.

Palabras clave: comunicación, asertividad, afecto, filosofía en enfermería, educación en salud (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

The results of the review are hereby presented on literature regarding assertive communication concepts, feelings and visions of nursing as a reciprocal and a simultaneous support for an educational program based on intervention with adolescents

* Trabajo de grado monográfico en el Grupo de Investigación Cuidado Materno Perinatal. Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

** Enfermera, doctora en Ciencias de la Salud, Ensap, especialista en Enfermería Perinatal. Líder grupo de investigación Cuidado Materno Perinatal, categoría B Colciencias, profesora asistente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. mppardot@bt.unal.edu.co Bogotá, Colombia.

*** Enfermera Servicio Social obligatorio Hospital Pablo VI Bosa. UPA Palestina. Enfermera Universidad Nacional de Colombia. katasantacruz@gmail.com Bogotá, Colombia.

**** Enfermera Hospital Rafael Uribe Uribe ESE. Universidad Nacional de Colombia. ypramosa@gmail.com Bogotá, Colombia.

***** Enfermera Servicio Social obligatorio. Hospital Luis F. Gómez Niño. Base Aérea Apiay. Enfermera Universidad Nacional de Colombia. cathyarango2787@gmail.com Apiay (Meta), Colombia.

Recibido: 11-09-09

Aprobado: 20-08-10

to promote responsible procreation. The present literature review took Ebsco-Host and Scielo as databases.

Conclusion: Assertive communication is a learned social skill, which needs to be strengthened in as much as programs of sexual and reproductive health are concerned. Affection is a motivator for transmission and acquisition of knowledge in sexual and in reproductive education matters; the vision of reciprocity allows for interaction between the adolescent and the nurse and is a necessary component for mutual construction of self-care in this area, and the vision of simultaneity integrates the context as a key element in addressing the issue within an educational program.

Key words: communication, assertiveness, affect, nursing philosophy, health education

Resumo

O trabalho apresenta os resultados da revisão de literatura sobre os conceitos de comunicação assertiva, carinho e as visões de reciprocidade e simultaneidade na enfermagem como alicerces de um programa educativo de intervenção com adolescentes para promover a responsabilidade procriativa. A revisão bibliográfica sistemática utilizou como bancos de dados Ebsco-Host e Scielo.

Conclusões: a comunicação assertiva é uma habilidade social apreendida, que é preciso fortalecer nos programas de saúde sexual e reprodutiva; o carinho é um elemento motivador para a transmissão e apropriação de conhecimentos em educação sexual e reprodutiva; a visão de reciprocidade permite uma interação entre o (a) adolescente e a (o) enfermeira e é um componente necessário para construir mutuamente o auto-cuidado nesta área, e a visão de simultaneidade integra o contexto como elemento fundamental na aproximação da temática dentro de um programa educativo.

Palavras chave: comunicação, assertividade, afeto, filosofia em enfermagem, educação em saúde

INTRODUCCIÓN

En Colombia, para 1990, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Sexualidad en Colombia 2005), 70 de cada 1.000 adolescentes tenían partos; para 2005 esta cifra aumentó a 90 (1), lo cual es bastante llamativo ya que desde 1994, con la Ley 115 (Ley General de Educación), se implementó el Proyecto de Educación Sexual, de obligatorio cumplimiento en todas las entidades educativas (2); de igual manera, con la Ley 100 de 1993, en las instituciones de salud se implementaron los programas de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva (2). Todos estos aspectos se incluyeron en los proyectos

educativos institucionales (PEI) con el fin de abordar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes; pero la situación reportada muestra que los embarazos no planeados van en aumento, al igual que el número de casos de infecciones de transmisión sexual en los adolescentes. Esto es preocupante, más aún si se considera que con el pasar de los años el inicio de las relaciones sexuales en este grupo etario es cada vez más temprano. Según un estudio realizado en siete localidades de Bogotá, los adolescentes manifiestan que la edad promedio para el inicio de relaciones sexuales es 13,2 años en los hombres y 14,4 años en las mujeres (3).

En la actualidad el aumento en el número de embarazos no planeados y el contagio de infecciones de transmisión sexual se consideran un problema de salud pública; frente a esto es importante considerar que en el planeta una de cada cinco personas tiene entre 10 y 19 años. La mitad de ellos es pobre, y uno de cada cuatro vive en extrema pobreza (con menos de 1 dólar al día) (4). En el mundo más de la mitad de la población tiene menos de 25 años de edad; para 1994 se calculaba la existencia de 1.582 millones de personas entre 10 y 24 años, y se estima que la población mundial de adolescentes para 2025 será de 2.044 millones (5), lo que sugiere que este grupo se duplicará.

En Colombia el panorama no es diferente: en 2006, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), se estimaba que la población colombiana era de 41.469.000 habitantes, y de esta el 21,3% tenían entre 10 y 19 años, lo que nos sugiere un total de 8.800.000 adolescentes de ambos sexos, es decir, un adolescente por cada 4,7 adultos. Con respecto a la totalidad de la población, el 11,3% tiene entre 10 y 14 años, mientras el 10,4% está entre 15 y 19 años. Por otra parte, en cuanto al género se estima que en la actualidad, de 9 millones de adolescentes, 4.600.000 son mujeres (6). Se prevé que para 2025 la población de adolescentes en Colombia será de 11.200.000 (7).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema en la población adolescente y “son una de las causas principales de enfermedad aguda, infertilidad y discapacidad a largo plazo en el mundo y pueden causar la muerte” (8). Se estima que, en el orbe, 340 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual ocurren cada año. Según la OMS, el 50% de las nuevas

infecciones por sida en el mundo se transmiten a adolescentes (unas 7.000 personas al día) y la franja de edad de 15 a 24 años constituye el 30% de los 40 millones de personas que viven infectados en el mundo en la actualidad (4-9).

Según datos extraídos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en Colombia (2005), la fecundidad de las adolescentes ha aumentando notoriamente con el transcurso de los años: “en 1990 en Colombia tenían parto 70 de cada 1.000 adolescentes. En 1995 se incrementó a 89 por cada 1.000 y para 2005 llegó a 90 partos por cada 1.000 adolescentes”. La tasa de adolescentes que alguna vez han estado en embarazo aumentó considerablemente en los últimos cinco años: de 19 a 21%. Aunque el conocimiento respecto a métodos anticonceptivos es general en todo el país, los más usados son el condón y las píldoras. Se dice que son las mujeres jóvenes con edades entre 15 y 19 años quienes tienen niveles de conocimientos inferiores, con respecto al resto de la población colombiana femenina, en cuanto al tema del VIH/sida (10); también se afirma que dicho grupo poblacional tiene menos nivel de comunicación con sus parejas acerca de temas relacionados con el VIH/sida y que, a la vez, son las mujeres que se consideran en menor riesgo de contraer enfermedades (11).

Debido a la descripción de la creciente situación problemática mencionada, la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia lleva a cabo, desde hace más de 16 años, el proyecto de extensión “Fomento de la responsabilidad procreativa para adolescentes: Hagamos un Pacto” (2), el cual se enmarca en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, buscando impactar de manera positiva el problema de salud pública de aumento en el número de embarazos no planeados y el contagio de ITS en este grupo poblacional.

El objetivo general de este artículo se dirige a “presentar una revisión de la literatura de los conceptos comunicación asertiva, afecto y las visiones de enfermería de reciprocidad y simultaneidad como sustento base de un programa educativo de intervención con adolescentes para promover la responsabilidad procreativa” (12).

La metodología desarrollada para alcanzar el objetivo propuesto se dividió en tres fases:

Fase 1: búsqueda sistemática de la información en bases de datos multidisciplinarias y del área de la salud a

las que se tiene acceso por medio del catálogo de la Universidad Nacional de Colombia. Bases consultadas:

- Ebsco-Host: Academic Search Complete, Fuente Académica, Medline with Full Text, Master File Premier, PsycINFO y PsycArticles.
- Scielo.

Los parámetros de búsqueda incluyeron artículos publicados entre 2004 y 2008; además se incluyó bibliografía de años anteriores que complementaba o sustentaba los estudios encontrados. Descriptores usados:

- assertive AND communication AND adolescents.
- assertive AND communication AND adolescents AND gender.
- affective AND motivation AND adolescents.
- affective AND motivation AND adolescents AND learning.
- nursing AND visions AND simultaneity.
- nursing AND visions AND reciprocity.

De igual manera, se realizó búsqueda bibliográfica en libros encontrados en las bibliotecas de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, y en diferentes portales de internet, que permitieron clarificar y profundizar los conceptos de estudio.

Fase 2: análisis y sistematización de los conceptos objeto de estudio, mediante la elaboración de fichas bibliográficas de los artículos de investigación relacionados con las temáticas.

Fase 3: integración de las apreciaciones conceptuales y personales que permitieron esclarecer la importancia de los conceptos afines al proyecto.

COMUNICACIÓN ASERTIVA

La comunicación asertiva es un comportamiento que se caracteriza porque los mensajes que transmite una persona hacia sus interlocutores son claros, directos y seguros, expresados en el momento oportuno y con tranquilidad, teniendo en cuenta siempre el principio central de este comportamiento, que es el respeto por sí mismo y por los demás; para esto se requiere que la persona sea consciente de este aspecto, y lo refleje en la congruencia y equilibrio de sus acciones (13-15).

La asertividad, como componente adicional de la comunicación, es descrita como una habilidad social fundamental en los seres humanos; en la comunicación permite a la persona expresar lo que realmente siente y

piensa, ejercer sus derechos y dar a conocer sus convicciones, sin sentirse culpable por ello o no aceptada por el grupo de personas que la rodean; se llega a este comportamiento porque la persona se reconoce a sí misma como un ser humano digno y valioso (16, 17).

La comunicación asertiva no solo se manifiesta en el lenguaje verbal cuando la persona expresa sus sentimientos, desacuerdos, expectativas y solicita respuesta, sino en el lenguaje no verbal, cuando la persona mantiene el contacto visual con quienes se comunica, se observa serena y firme, y es congruente en estos dos aspectos básicos para una comunicación efectiva (18).

Respecto al inicio temprano de relaciones sexuales relacionado con niveles bajos de asertividad en la conducta de los adolescentes y específicamente en la comunicación, es válido mencionar que gran parte de los jóvenes inicia su vida sexual durante la adolescencia (19) porque durante este periodo crucial se presentan diversos cambios como la madurez sexual biológica; además se desarrollan de forma más acentuada características como la autonomía, la identidad, aumenta la necesidad de aceptación social, por lo cual en algunas circunstancias se toman conductas riesgosas (por la presión de grupo), como relaciones sexuales precoces sin protección con métodos anticonceptivos, que pueden traer como consecuencias embarazos no planeados y contraer infecciones de transmisión sexual, además del abuso de sustancias psicoactivas, bajo el efecto de las cuales también se presentan conductas sexuales de riesgo (20).

En relación con las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes, un estudio mexicano desarrollado por Pérez y Pick (19), que tiene como objetivo “identificar los factores predictores psicosociales de conducta sexual protegida en adolescentes”, refiere que para reducir estas conductas sexuales es necesario proporcionar información clara y objetiva acerca de la sexualidad, formación de habilidades asertivas que permitan resistir presiones que llevan a una sexualidad activa y sin protección, que generan embarazos no planeados y contagio de ITS. En esta misma investigación, Pérez y Pick afirman que, para lograr cambios en la conducta de los adolescentes en los programas de educación en salud sexual y reproductiva, estos deben dirigirse a “facilitar habilidades sociales y conocimientos para enfrentar cada demanda situacional”; se apoyan en la OMS, la cual refiere que las “

habilidades para la vida” constituyen el factor central en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; entre estas se encuentran capacidad de tomar decisiones, uso de comunicación clara y abierta, es decir, asertiva, que permite la libre expresión de los sentimientos (19).

Moreno, León y Becerra (20), en un estudio realizado en Táchira (Venezuela) con adolescentes escolarizados, reportan que los mismos adolescentes reconocen tener conocimientos insuficientes acerca de la sexualidad, los métodos anticonceptivos y la fertilidad; pero también refieren que es necesario recibir entrenamiento para desarrollar habilidades sociales, de las que destacan la conducta y la comunicación asertiva y la autoestima (21). En conclusión, estos autores sostienen que “el mejor predictor de la conducta sexual protegida con la pareja sexual regular” es la comunicación asertiva, lo cual indica que los adolescentes asertivos tienen más probabilidad de protegerse. Además, dicen que la habilidad de comunicación asertiva debería estar presente en los programas de promoción de la salud sexual y reproductiva (19).

Respecto a la consideración de la comunicación asertiva como un factor para la conducta sexual protegida, la enfermera norteamericana Lynn Rew desarrolló el modelo de intervención de las prácticas de salud sexual de adolescentes habitantes de la calle, en el que se manifiesta la comunicación asertiva como uno de los factores de comportamientos de las personas y que es necesario trabajar en el desarrollo de estos; además presenta algunos instrumentos de medición de variables, entre los que sobresale el de medición del nivel de comunicación asertiva (22, 23).

Otros factores psicosociales predictores que llevan a desarrollar conductas sexuales de riesgo e iniciar relaciones sexuales de forma temprana son la falta de “conexión” familiar y bajos niveles de autoestima (esto último especialmente en las mujeres) (24). Investigaciones muestran que los adolescentes que inician su vida sexual refieren que en sus familias es poco el vínculo afectivo, a diferencia de los adolescentes que no han iniciado su vida sexual, quienes afirman que en sus familias el vínculo afectivo es estrecho (25).

La comunicación asertiva es una conducta que se debe fortalecer en los adolescentes que participan en el

proyecto “Fomento de la responsabilidad procreativa para adolescentes: Hagamos un Pacto”; esta debe utilizarse como estrategia para el acercamiento positivo a los adolescentes en temas de salud sexual y reproductiva, y que permita, a corto, mediano y largo plazo, conductas seguras; y así prevenir los embarazos no deseados y las ITS. Así mismo es necesario incluir los maestros, padres de familia y la comunidad en conjunto, quienes deben apropiarse del término y la práctica de la comunicación asertiva como parte de su comportamiento habitual (26, 27).

Por otro lado, es necesario reconocer la relación de la comunicación asertiva y la perspectiva de género (28), como un enfoque que facilita el análisis de los procesos sociales, considerando los papeles y funciones que desempeñan las mujeres y los hombres y las relaciones de poder tanto a nivel micro como macrosocial (29); la categoría género permite el análisis de la división sexual del trabajo, el acceso a los recursos y su control, los factores económicos y sociales que afectan a mujeres y hombres, las formas de producción de subjetividades, la participación en la toma de decisiones (incluyendo las sexuales y reproductivas), entre otros. El análisis de género implica también la investigación sistemática del impacto diferente que tienen los modelos de desarrollo en las mujeres y en los hombres (30, 31).

Acerca de la sexualidad en los adolescentes, son varios los aspectos que varían en cuanto al género (32); por ejemplo, son los hombres quienes se inician sexualmente más temprano que las mujeres –Bianco et ál., 1998, en Pantelides (24)–; acerca de la pareja con la que se da este inicio en la vida sexual, las mujeres manifiestan que la primera relación sexual la tienen con su novio, por razones románticas, por amor o por espontaneidad del momento; los hombres manifiestan que inician su vida sexual con la novia, amigas o mujeres que se dedican a la prostitución –Méndez Ribas, Necchi y Schufer, 1998, en Pantelides (24)–, y aducen como razones la respuesta a impulsos o, según lo muestra una investigación en varones argentinos, por curiosidad o deseo; en las mujeres el deseo no es relevante –Soto y Cáceres, 1998, en Pantelides (24)–.

Es pertinente mencionar que los hombres son quienes tienen la iniciativa de proponer a sus parejas el tener relaciones sexuales, y las mujeres responden a las

iniciativas de los hombres para iniciar la conducta sexual (33); esto muestra que el rol sexual de la mujer es pasivo (34, 35) porque no expresa directamente su interés de iniciar la actividad sexual, pero sí lo hacen indirectamente con caricias, sonrisas –Perper & Weis, 1987, en Morokoff et ál. (33)–; de esta manera, muchas veces las mujeres, al no ser asertivas, entran en relaciones sexuales no deseadas, lo cual es muy común (33).

Por el contrario, una investigación desarrollada por Rew, Grady, Whittaker y Bowman muestra que las mujeres reportan mayores niveles de comunicación asertiva que los hombres y tienen mayores conductas de autocuidado sexual que los hombres adolescentes; así mismo, las mujeres muestran comportamientos sexuales más seguros que los hombres (36).

La evidencia refleja la necesidad de que la comunicación asertiva con visión de género sea un elemento que integre las intervenciones en salud sexual y reproductiva, dado que los hombres son mucho menos asertivos en su comunicación que las mujeres y reflejan carencias en las iniciativas respecto a su autocuidado, factor de conducta que debe trabajarse, como parte de las habilidades sociales, en las sesiones educativas y en los talleres.

AFECTO

El afecto involucra una interacción social entre dos o más personas, que requiere que exista una respuesta no solo de quien imparte el proceso sino del que lo recibe. Ahora bien, el afecto necesita un esfuerzo de la persona que lo brinda, en la medida que se debe buscar un contacto específico con cada individuo a través de un proceso intencional que persigue el bienestar de los adolescentes. Si los adolescentes perciben afecto en quienes se dirigen a ellos (padres, profesores, personal de salud o los mismos pares), incrementan su confianza y seguridad, en un proceso que conducirá a la solicitud de ayuda y consejo ante sus necesidades (37, 38).

La palabra afecto se relaciona con la afectividad, que es una capacidad de los individuos que implica una interacción consciente con los demás, cuyo propósito es llevar a término una acción personal en el receptor del afecto; mencionamos este aspecto porque la “afectividad no decide, solo propone” (39); de esta manera, cuando se desarrollan sesiones educativas en salud sexual y reproductiva, se están transmitiendo conocimientos que

buscan fortalecer las conductas de autocuidado en el ámbito sexual, se dan a conocer las propuestas pero es el receptor quien finalmente decide (39).

En el proceso educativo, el afecto junto con las expectativas y las emociones hacen parte de los factores no intelectivos, los cuales actúan como energizantes de las acciones de las personas; si están presentes hacen que el emisor de conocimientos y el receptor de estos sean transformados y se cumplan los objetivos planeados en la actividad educativa (40).

El propósito de la educación no consiste solamente en la saturación de conocimientos y el fortalecimiento de la inteligencia, sino que a través de esto busca dar fuerza a la voluntad de los adolescentes en su salud sexual y reproductiva para prevenir embarazos no planeados y la transmisión de ITS (39). Al respecto, Freud menciona que por medio de la educación el intelecto adquiere mayor capacidad, llevando a inhibir deseos (según Freud, libidinales) del individuo; relacionamos esto con los resultados de un estudio con adolescentes realizado por Barros et ál. (41); los investigadores refieren que los programas de educación sexual en colegios tienen como resultado la abstinencia, posponer el inicio de las relaciones sexuales o adquirir conductas sexuales seguras si ya se ha iniciado una vida sexual (41).

Se afirma que la educación sexual es la encargada de suministrar los conocimientos y habilidades necesarias para el disfrute de una vida sexual sana; con Powell (1975) aparece la afirmación de que la educación sexual es una más de las funciones de la escuela; en realidad, la educación sexual debe necesariamente iniciarse en el hogar, puesto que el niño por lo general hace sus primeros acercamientos y cuestionamientos sobre el sexo, antes de entrar a la escuela (42).

Estudios realizados en México demuestran que el papel del educador es primordial para la formación y fortalecimiento de la conducta de los adolescentes porque “se ha reconocido que las emociones permean todas las organizaciones, inclusive las educativas, y que lo académico y lo afectivo están estrechamente vinculados en las escuelas” (43); a su vez, el estudio de Blasco (43) señala que se ha demostrado que la afectividad es un factor que puede influir de manera positiva en el desempeño; dicha afectividad debe caracterizar los programas de salud sexual y reproductiva de los jóvenes, es decir, brindar una

educación sexual con calidad, respeto por las diferencias, comprensión, trato amable y caluroso, y no solo limitarse a la información en el ámbito sexual.

En este sentido, Laible, Carlo y Raffaelli, citados por Fuentes y Motrico (44), establecen la importancia de la relación entre la calidad de las relaciones afectivas de los adolescentes con sus padres (45) como una de sus principales fuentes de apego y de apoyo emocional y la continuación de los vínculos de apego establecidos durante la infancia; refieren que los adolescentes que establecieron vínculos seguros con sus padres serán probablemente capaces de iniciar de manera adecuada nuevas relaciones sociales fuera de la familia (amigos, compañeros y primeras relaciones de parejas); por esta razón son los padres quienes en primer lugar deben velar por el bienestar de sus hijos, guiándolos y enseñándoles el camino adecuado para prevenir posibles situaciones que puedan llevar a los adolescentes a conductas riesgosas para sus vidas y sus cuerpos (46) (contagio con ITS, embarazo no planeado).

Concluimos que el afecto se puede emplear como un elemento motivador en la transmisión y apropiación de conocimientos en los adolescentes participantes del proyecto de extensión, lo que implica un esfuerzo tanto de la familia como de la escuela y de los pares, fomentando así la autoconfianza, estableciendo vínculos con sus padres, facilitando tanto el afecto como la empatía entre el adolescente y las figuras de autoridad (padres, maestros), con el objetivo de buscar ayuda segura, de calidad y a tiempo.

VISIÓN DE ENFERMERÍA DE SIMULTANEIDAD Y RECIPROCIDAD EN UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA ADOLESCENTES

La enfermería es una disciplina profesional que estudia la forma de cuidar la salud humana desde la experiencia y la vivencia del individuo; tiene en cuenta el metaparadigma de enfermería constituido por los conceptos de persona, ambiente, salud y cuidado de enfermería (47). De esta manera, la enfermería como disciplina desarrolla conceptos propios: patrones de conocimiento, dominios y visiones del mundo de enfermería (48); este último aspecto es el que nos ocupa en este apartado, como elemento conceptual para el proyecto de extensión “Fomento de

la responsabilidad procreativa para adolescentes: Hagamos un Pacto”.

Las visiones del mundo de enfermería constituyen una guía acerca “del qué y del cómo se comportan y hacia dónde queremos llegar los miembros de esta disciplina” (47) respecto a la naturaleza humana y a lo que propone la disciplina como tal. Fawcett introdujo el concepto de visiones de enfermería y con ello tres visiones filosóficas de la realidad del mundo de enfermería: “visión de reacción, visión de reciprocidad y visión de simultaneidad” Estas mismas son denominadas por Newman visión particular determinística, integrativa interactiva y unitaria transformativa, respectivamente.

A partir de los conceptos que caracterizan las visiones de *reciprocidad o integrativa-interactiva y simultaneidad o unitaria-transformativa*, se desarrolla su aplicación al trabajo con adolescentes en los programas de salud sexual y reproductiva.

Teniendo en cuenta que la visión de *reciprocidad o integrativa-interactiva* concibe al ser humano de manera holística –cuyas experiencias con el mundo y con la enfermería se desarrollan en un contexto sociocultural y en un ambiente de reciprocidad (49), y que esta visión orienta un poder y crecimiento mutuos (47), tanto de la enfermera que lidera los proyectos de intervención como del cliente, en este caso adolescentes que participan de forma activa en la formulación de su autocuidado–, se acoge la visión interactiva-integrativa o de reciprocidad, en la medida que se concibe al adolescente en todas sus dimensiones; por lo tanto, en la enseñanza y vivencia de los programas de salud sexual y reproductiva es preciso tener en cuenta todo lo que rodea esta etapa del ciclo vital en la que prima, para los adolescentes, la sexualidad y su influencia en las conductas y prácticas de autocuidado. Desde esta visión se percibe al adolescente como un actor activo en el desarrollo del proceso, que, con estrategias como la consejería y el acompañamiento continuo, es capaz de identificar formas de autocuidado que lo beneficien, siempre orientadas a la conformación de un proyecto de vida que parte de sus propias experiencias, de sus expectativas y de cómo percibe su actuación utilizando las herramientas a su alcance.

Esta visión, a su vez, contempla la relación enfermera(o)-adolescente de manera recíproca, la cual, en los proyectos de intervención con adolescentes, se facilita

por el uso de estrategias de abordaje desarrolladas y aplicadas por los adolescentes pares, quienes realizan actividades que generan confianza en el participante, libertad para expresarse e identificación con el otro a partir de experiencias compartidas, y reflejan una interacción recíproca en que tanto el adolescente como el enfermero(a) tienen poder para desarrollar el cuidado, entendiendo que ninguno es el dueño absoluto de la verdad sino que esta se construye desde el conocimiento de ambos (50).

Con respecto a la *visión de simultaneidad o unitaria-transformativa*, busca comprender de forma sincrónica y con mutualidad los encuentros en la relación entre la enfermera y el cliente y todo lo que afecta esta interacción (47), es decir, que el ser humano sea visto como unidad, en la que se resaltan las interacciones persona-ambiente como procesos mutuos y armoniosos (48), y con la concepción del ser como unitario, holístico, autoorganizado, reconocido e identificado por patrones de comportamiento, que cambia continuamente y es impredecible, pero que evoluciona hacia mayores niveles de complejidad de forma continua (49).

Esta visión de enfermería plantea, dentro de esa concepción unitaria, una interacción rítmica (constante) y mutua (bidireccional) entre la persona y el ambiente que la rodea; este aspecto es esencial porque el adolescente está inmerso en escenarios como el colegio, la familia y la comunidad, que constituyen ese ambiente con el cual el adolescente tiene una interacción constante y bidireccional, es decir, el adolescente recibe todo el tiempo información o influencia del ambiente que lo rodea y responde a este según sus habilidades sociales o características personales; por ello, en un programa de educación sexual, los padres, los educadores, la comunidad y los adolescentes son actores necesarios que deben participar.

CONCLUSIONES

La comunicación asertiva con visión de género es una habilidad social aprendida fundamental que se dirige a fortalecer el proyecto de salud sexual y reproductiva con adolescentes, porque facilita la manifestación clara y abierta de sus decisiones frente a la sexualidad y permite reconocer las diferencias culturales, sociales y personales, incluyendo la concepción que el hombre y la mujer

tienen sobre la sexualidad, la responsabilidad sexual y la importancia de las relaciones sexuales para estos.

El afecto, como elemento motivador en la transmisión y apropiación de conocimientos, evidencia su importancia en la planeación y ejecución de las estrategias de educación, porque de la motivación que perciban los adolescentes dependerá la apropiación de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, para la toma de decisiones que mitigarán los factores de riesgo en este grupo etario.

La visión de reciprocidad o integrativa-interactiva orienta a los enfermeros a interactuar con el adolescente como actor activo y constructor de su propia salud, lo cual se logra en el trabajo con pares en una relación de mutuo crecimiento.

La visión de simultaneidad o unitaria-transformativa, en su concepción del adolescente como unidad, permite que el enfermero o enfermera conciba el ambiente en el que se desarrolla el adolescente, como el hogar, el colegio y los pares, buscando trascender en todos los factores que rodean la sexualidad de este.

RECOMENDACIONES

La revisión continua de material científico les permite a los enfermeros actualizarse en diversos contenidos y a la vez fortalece el rol investigativo y el nivel de la práctica basada en la evidencia.

Es importante que se integren a los programas de educación sexual y reproductiva los conceptos enunciados anteriormente para darles un sustento conceptual a las intervenciones a desarrollar con la población adolescente.

Que el enfermero o enfermera se apropie del desarrollo de programas de salud sexual y reproductiva desde su rol educativo, porque cuenta con la formación integral que lo hace idóneo para que sus actividades generen impacto positivo en la sexualidad de los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) República de Colombia, Profamilia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Usaid, UNFPA. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005.

(2) Hernández LM. Proyecto de extensión "Fomento de la responsabilidad procreativa para adolescentes: hagamos un

pacto". Documento. Acta 13 del 9 de septiembre de 2004. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá; 2004, p. 1.

(3) Secretaría Distrital de Integración Social y Fundación Antonio Restrepo Barco. Proyecto "Promoción de los derechos sexuales y reproductivos en la población juvenil de Bogotá". Resultados de encuesta sobre actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes de Bogotá. 2007-2008. Bogotá; octubre de 2008: 1-31 [consultado marzo de 2009]. En: <http://www.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/estadisticas/estudio%20sobre%20salud%20sexual%20y%20reproductiva%20versi%C3%B3n%20SDIS.doc>

(4) Bernstein S, Rian W. Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa). Estado de la población mundial 2003. Valorizar a 1.000 millones de adolescentes: inversiones en su salud y sus derechos, p. 4. [consultado marzo de 2009]. <http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/1053/1/BVCI0000957.pdf>

(5) Ordóñez M, Ojeda G. Adolescentes: sexualidad y comportamientos de riesgo para la salud, según encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas. Tomo IV. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología, Instituto de Seguros Sociales, Profamilia, Fondo de Promoción y Desarrollo de la Salud; 1994. En: Monterros A, Castro A, Arias M. Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005. Hospital de Maternidad Rafael Calvo, Cartagena, Colombia. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 2007; 58(2).

(6) Rueda R, Parada A. Embarazo en adolescentes: el problema más grave en salud pública. Conferencia Academia Nacional de Medicina. Bogotá, febrero 10 de 2005.

(7) Monterrosa A, Arias M. Partos vaginales y operación cesárea en adolescentes. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 1999; 50:67-72.

(8) Organización Panamericana de la Salud. Infecciones de transmisión sexual ITS-VIH/sida. Características generales [consultado junio de 2009]. En: www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161705

(9) Panorama General de la Epidemia de Sida. Informe sobre la epidemia mundial del sida 2006; capítulo 2: 7-56 [consultado junio de 2009]. En: data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_gr_ch02_es.pdf

(10) Mosquera J, Mateus JC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-sida y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. Colomb Med. 2003; 34(4):206-212 [consultado junio de 2009]. En: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No4/MPF.pdf>

(11) Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Salud sexual y reproductiva en Colombia [consultado junio

- de 2009]. En: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/01introduccion/01introduccion.htm>
- (12) Arango C, Ramos Y, Santacruz K. La comunicación asertiva con visión de género, el afecto y las visiones de reciprocidad y simultaneidad en el proyecto "Fomento de la responsabilidad procreativa para adolescentes: hagamos un pacto". Monografía para optar al título de enfermera. Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia; 2009. Disponible en formato electrónico en la Biblioteca Central de la Universidad Nacional, Sede Bogotá.
- (13) Lange NP, Jakubowaki PA. Assertive behavior and clinical problems of women. A976. Citado en Tena C, Sanchez J. Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. *Ginecol Obstet Mex*. 2005; 73(10):558.
- (14) Yagosesky R. La comunicación asertiva [consultado marzo de 2009]. En: <http://www.laexcelencia.com/htm/articulos/comunicacionyrelaciones/comunicasertiva.htm>
- (15) Arellano N. Las barreras en la comunicación no verbal entre docente-alumno. *Orbis: revista de Ciencias Humanas*. 2006; 2(4):3-38 [consultado abril de 2009]. En: <http://www.revistaorbis.org/ve/4/4Art1.pdf>
- (16) Choqueuanca P. Estrategias para el desarrollo de la comunicación asertiva. Universidad Peruana Unión. 2000; 1-54 [consultado febrero de 2009]. En: <http://www.tagnet.org/autores/monografias/Pdf/Castellano/0001mocast.pdf>
- (17) Trejo F. La comunicación asertiva. En: <http://www.mailxmail.com/curso-comunicacion-asertiva>
- (18) Depaoli Romero M. La asertividad y la negociación. Matices en el esclarecimiento de la comunicación no verbal; p. 7 [consultado febrero de 2009]. En: <http://www.solonegociadores.com/articulos/docs/MDR06.pdf>
- (19) Pérez de la Barrera C, Pick S. Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*. 2006; 40(3):333-340 [consultado febrero de 2009]. En: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/284/28440307.pdf>
- (20) Moreno S, León M, Becerra L. Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a la educación sexual en adolescentes escolarizados. *Espacio Abierto, Cuaderno Venezolano de Sociología*. 2006; 15(4):787-803 [consultado abril de 2009]. En: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/Inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12215405>
- (21) Mendoza C, Mendoza R, Londoño M. La comunicación asertiva como estrategia para mejorar la convivencia escolar. Universidad de los Andes. Escuela de Educación. Tesis; Mérida; 2006, p. 75.
- (22) Rew L. Sexual health practices of homeless youth: A model for intervention. *Comprehensive Pediatric Nursing*. 2001; 24:1-18. Taylor & Francis.
- (23) Rew L, Fouladi R, Yockey R. Sexual health practices of homeless youth. *Journal of Nursing Scholarship*. 2002; 34:139-145.
- (24) Pantelides E. Salud sexual y reproductiva adolescente en el comienzo del siglo XXI en América Latina y el Caribe. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Equipo de apoyo técnico para América Latina y el Caribe; 2005. [Consultado febrero de 2009] En: http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2005/ssr_adolescente.pdf
- (25) Zárate Ñezama I. Factores psicosociales familiares asociados a la iniciación sexual en escolares de educación secundaria de Lima Cercado. Tesis digitales UNMSM. En: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtual/Tesis/Salud/zarate_li/contenido.htm
- (26) Carrión A, Orlando G, Carrión R, Valladares M. La comunicación asertiva, una competencia básica de un formador de formadores. Escuela de Formación empresarial Monseñor Cándido Rada. Quito, Ecuador; 2008 [consultado julio de 2009]. En: <http://studenti.finanzaspopulares.org/public%5CPresentacioneCarrionAlejandraRicardoRodrigoOrlandoValladares.pdf>
- (27) Della Mora M. Estrategias de afrontamiento (coping) en adolescentes embarazadas escolarizadas. Universidad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Educación*; p. 14. [Consultado abril de 2009] En: <http://www.rieoei.org/deloslectores/1342Mora.pdf>
- (28) Mantilla de Ardila A. Género, variable clave en la educación sexual. Fundación Gama Idear población y desarrollo. 1996; 46 [consultado marzo de 2009]. En: <http://www.fungamma.org/genero/generoclave.pdf>
- (29) Consejería de Educación y Ciencia. Junta de Andalucía. Cambios sociales y género. [Consultado agosto de 2009] En: http://www.juntadeandalucia.es/averroes/html/adjuntos/2008/06/04/0001/fscommand/guia_didactica.pdf
- (30) López Gómez A, Quesada S. Unidos Plan CAIF. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Guía metodológica. Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género; p. 12. [Consultado junio de 2009] En: http://www.gurisesunidos.org.uy/img/guia_05_web.pdf
- (31) Mercado Carmona C. Equidad e igualdad de género. *Revista e Salud.com*. 2008; 4(13). [Consultado julio de 2009] En: <http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/viewArticle/210/517>
- (32) Miño Woroviej A. Imágenes de género y conducta sexual reproductiva. *Salud Pública de México*. 2008; 50(1):17-31. [Consultado mayo de 2009] En: <http://www.scielop.org/pdf/spm/v50n1/a08v50n1.pdf>
- (33) Morokoff P, Quina K, Harlow L, Whitmire L, Grimley D, Gibson P, Burkholder Gary. Sexual Assertiveness Scale (SAS)

for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1997; 73. Database: PsycARTICLES

(34) González J. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. *Rev. Salud Pública*. 2009; 11(1):14-26 [consultado agosto de 2009]. En: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n1/v11n1a03.pdf>

(35) Serrano Guerra L. La comunicación asertiva en la percepción de las mujeres que cumplen una doble jornada de trabajo. Universidad Guadalajara [consultado junio de 2009]. En: http://www.internacionaldelconocimiento.org/documentos/mesa_4/LuisSerrano.pdf

(36) Rew L, Grady M, Whittaker T, Bowman K. Interaction of duration of homelessness and gender on adolescent sexual health indicators. *Journal of nursing scholarship, Sigma Theta Tau International*. 2008; 40(2):109-115. [Consultado mayo de 2009] En: <http://www.intered.org/pdf/vision.pdf>

(37) Marteles. ¿Qué es el afecto? Barcelona; 1998. [Consultado junio de 2009] En: http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/que_es_el_afecto.htm

(38) Goleman D. Inteligencia emocional. Vergara Editores; 2000. Citado en: Afecto en la educación especial. [Consultado junio de 2009] En: <http://www.ladiscapacidad.com/educacionydiscapacidad/afectoyeducacion/afectoyeducacion.php>

(39) Sierra L. Educación de la afectividad, para el amor y la convivencia, una alternativa a la educación sexual. Universidad de la Sabana, módulo familia. Bogotá; 1998, p. 120.

(40) Equipo Gestión Escolar Fundación Chile. El rol de las expectativas y del afecto en el aprendizaje. [Consultado junio de 2009] En: http://www.inteligencia-emocional.org/ie_en_la_educacion/elroldelasespectativas.htm

(41) Barros T, Barreto D, Pérez F, Santander R, Yépez E, Abad-Franch F, Aguilar M. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*. 2001; 10(2) [consultado abril de 2009]. En: www.scielo.com

(42) Powell M. La psicología de la adolescencia. México D. F.: Fondo de Cultura Económica; 1975.

(43) Blasco M. ¿Los maestros deben ser como segundos padres? Escuela secundaria, afectividad y pobreza en México. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. 2003; 8(19): 789-820.

(44) Fuentes M, Motrico E, Bersabé R. Estrategias de socialización de los padres y conflictos entre padres e hijos en la adolescencia. *Anuario de Psicología*. 2003; 34(3):385-400.



Escuela Nacional Superior de Enfermeras, Ciudad Universitaria, Universidad Nacional de Colombia, archivo fotográfico personal de la enfermera Elvía C. de Garzón G., 1951.

- (45) Kahlbaught P, Lefkowitz E, Valdez P, Sigman M. The affective nature of mother-adolescent communication concerning sexuality and conflict. *Journal of Research on Adolescence*; 7(2):221-239.
- (46) Pluhar E, Kuriloff P. What really matters in family communication about sexuality? A qualitative analysis of affect and style among African American mothers and adolescent daughters. *Sex Education*. 2004; 4(3):303-321.
- (47) Durán de Villalobos M. Marco epistemológico de la enfermería. *Revista Aquichan*. 2002; 2(2):7-18 [consultado marzo de 2009]. En: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/741/74120203.pdf>
- (48) Triviño Z, Sanhueza O. Paradigmas de investigación en enfermería. *Ciencia y Enfermería*. 2005; XI(1):17-24 [consultado junio de 2009]. En: <http://www.scie-lo.cl/pdf/cienf/v11n1/art03.pdf>
- (49) Parrado Lozano Y, Caro Castillo C. Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. *Av. enferm*. 2008; XXVI(2):116-125 [consultado junio de 2009]. En: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi2_13.pdf
- (50) Moreno M, Durán de Villalobos M. Lineamientos básicos para la enseñanza del componente disciplinar de enfermería. Universidad de la Sabana, Universidad Nacional de Colombia, Grupo Modelos y Teorías de Enfermería Acofaen; p. 8. [consultado abril de 2009]. En: <http://www.acofaen.org.co/catalogo/docs/LINEAMIENTOS%20MODELOS%20Y%20TEORIAS.pdf>.