

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST GRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

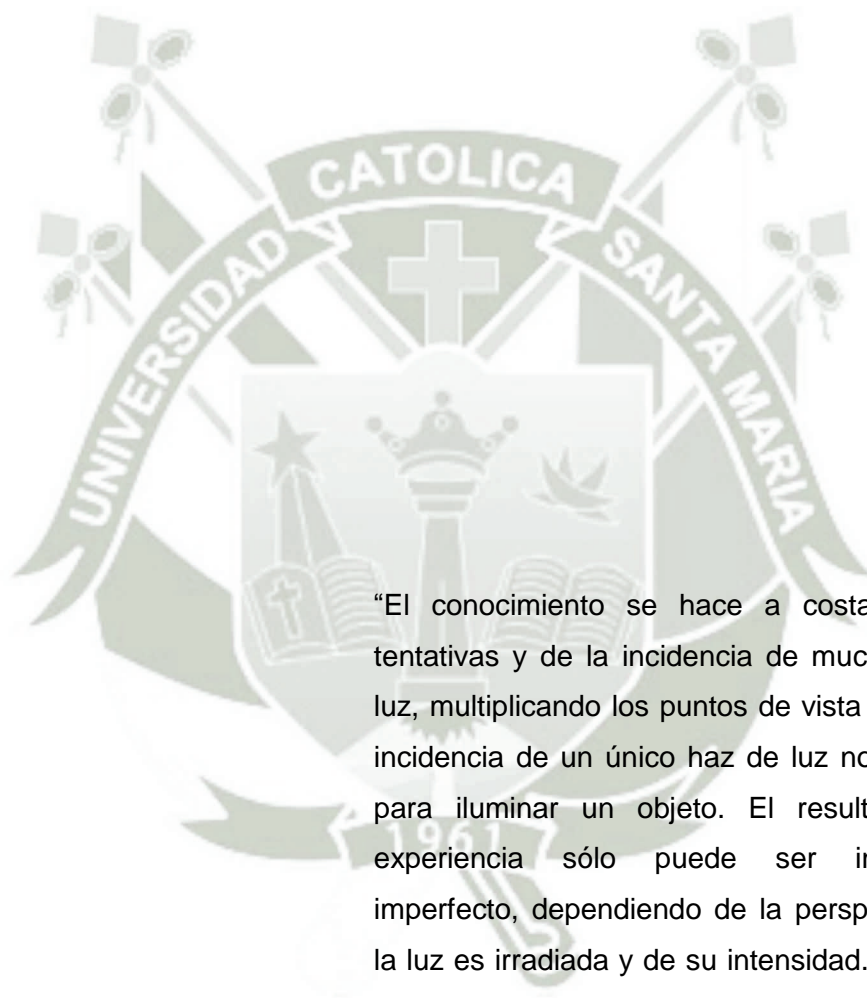


***“REPRESENTACIONES SOCIALES CONSTRUIDAS POR
LOS/AS OBSTETRAS SOBRE LA ATENCIÓN EN SALUD
REPRODUCTIVA PRESTADA A ADOLESCENTES DE LA
CIUDAD DEL CUSCO - 2007”***

TESIS PRESENTADA POR LA MAGISTER:
ROSARIO ISABEL SOTO BRINGAS
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD.

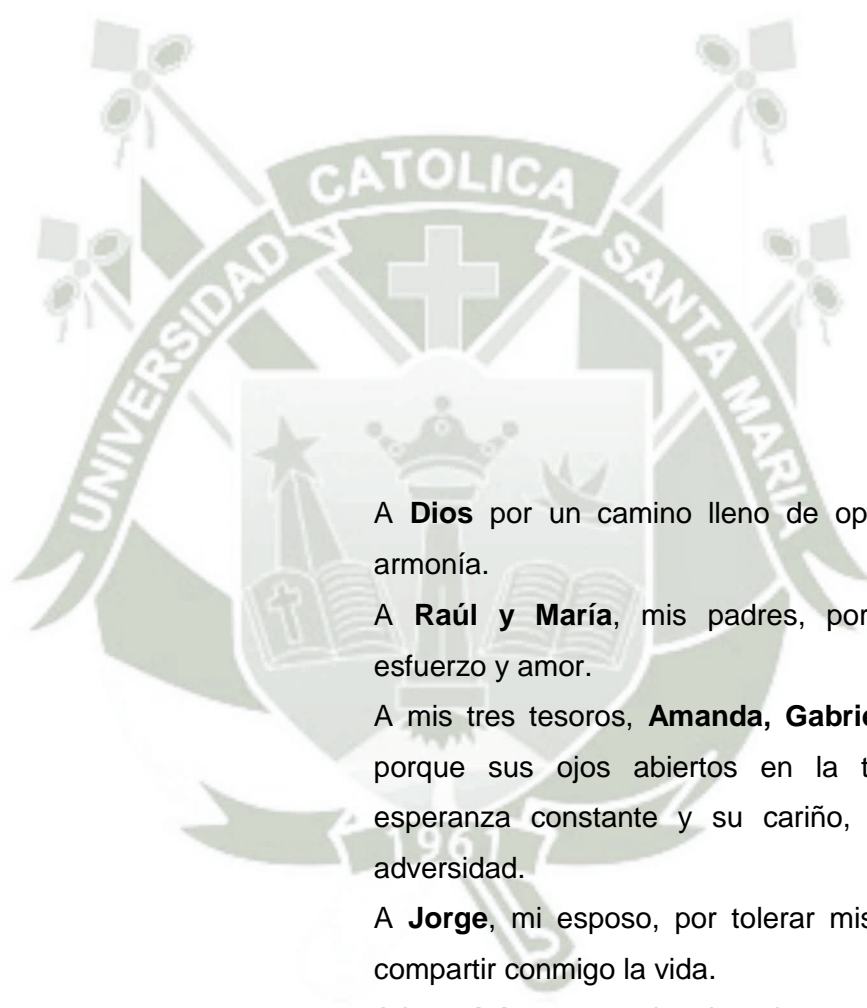
CUSCO - PERÚ

2008



“El conocimiento se hace a costa de muchas tentativas y de la incidencia de muchos haces de luz, multiplicando los puntos de vista diferentes. La incidencia de un único haz de luz no es suficiente para iluminar un objeto. El resultado de esta experiencia sólo puede ser incompleto e imperfecto, dependiendo de la perspectiva en que la luz es irradiada y de su intensidad. La incidencia a partir de otros puntos de vista y de otras intensidades luminosas va dando formas más definidas al objeto, va construyendo un objeto que le es propio”.

LIMOEIRO CARDOSO.



A **Dios** por un camino lleno de oportunidades y armonía.

A **Raúl y María**, mis padres, por su ejemplo, esfuerzo y amor.

A mis tres tesoros, **Amanda, Gabriela y Lucero**, porque sus ojos abiertos en la tierra son mi esperanza constante y su cariño, aliento en la adversidad.

A **Jorge**, mi esposo, por tolerar mis ausencias y compartir conmigo la vida.

A los **adolescentes** de mi patria, semillas de futuro, cuyas manos construirán un Perú nuevo para felicidad de todos.

AGRADECIMIENTOS

- Quiero hacer un agradecimiento público a la Universidad Católica de Santa María y a los docentes de la Escuela de Post Grado por las enseñanzas que me impartieron en el Doctorado.
- A la Universidad Andina del Cusco el centro donde laboro, por las facilidades que me otorgaron para la realización de mis estudios de post grado.
- Al Dr. Benjamín Paz Aliaga y al Dr. Abel Tapia Fernández, dictaminantes de este trabajo de investigación quienes con su ejemplo y enseñanzas me alentaron en el desarrollo de éste trabajo.
- A la Dra. Jannet Escobedo Vargas, Asesora de la presente Tesis Doctoral, por el tiempo entregado en cada reunión de asesoría y sus palabras de aliento para poder culminar la investigación.
- A mi hermana Mary Soto, por su apoyo invaluable.
- A la Past Decana del COP- Región X, Obst. Luz Espinola por su aporte profesional.
- A mis colegas de los diferentes establecimientos de salud de la ciudad del Cusco, por las facilidades otorgadas, compartir sus vivencias y su invaluable aporte a esta Tesis.

INDICE GENERAL

PORTADA	01
EPIGRAFE.....	02
DEDICATORIA.....	03
AGRADECIMIENTO.....	04
INDICE.....	05
RESUMEN	06
ABSTRACT.....	07
INTRODUCCIÓN.....	08
CAPITULO I: RESULTADOS	10
DISCUSIÓN.....	68
CONCLUSIONES.....	88
RECOMENDACIONES.....	91
BIBLIOGRAFIA.....	93
HEMEROGRAFIA.....	95
INTERNET.....	97
ANEXOS.....	98
• Primer Anexo: Proyecto de Tesis Doctoral.....	99
• Segundo Anexo: Instrumento.....	149
• Tercer Anexo: Consentimiento informado.....	152
• Cuarto Anexo: Propuesta de silabo Sexualidad Humana para Estudiantes de Pregrado.....	155
• Quinto Anexo: Perfil de Propuesta de Segunda Especialidad en Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente.....	164
• Sexto Anexo: Proyecto de Implementación del Centro de Atención Integral del Adolescente.....	169

RESUMEN

La población adolescente corresponde a una quinta parte de nuestra población total, las cifras evidencian altos porcentajes de adolescentes con escaso acceso a servicios de atención, orientación y consejería en salud sexual y reproductiva, lo que constituye un factor de riesgo para su salud sexual y reproductiva; por lo que la atención en Salud Reproductiva brindada a los(as) adolescentes debería ser considerada una de las prioridades en el desarrollo de políticas de salud a nivel nacional, regional, local y dentro de ello juega un papel preponderante el papel del proveedor del servicio.

La presente investigación es el resultado de un estudio cualitativo, dirigido a obstetras que atienden en hospitales y Centros de salud de la ciudad del Cusco en los consultorios de atención al adolescente, aplicándose 14 entrevistas a profundidad para explorar las representaciones sociales que construyen éstos, sobre la atención en salud sexual y reproductiva prestada a los adolescentes, así como aportar en el análisis e interpretación de las representaciones de éstos(as), del proceso de la adolescencia.

Los resultados más resaltantes obtenidos son: los discursos que construyen los proveedores de salud acerca de los adolescentes, tienen una marcada connotación biomédica y tienden a homogenizarlos independientemente del contexto, social, sexo, cultura, grupo étnico; los servicios de atención diferenciada del adolescente no cumplen la normatividad y carecen de un protocolo que unifique la intervención y haga posible la evaluación y monitoreo del servicio; el trabajo con los adolescentes no está basado en derechos sexuales y reproductivos, ni adecuado al biotipo y cultura del adolescente regional; la preocupación de los proveedores por el embarazo de los adolescentes, está relacionada con la visión biomédica y el enfoque de riesgo en la atención de éste. También se ha podido analizar de los discursos de los proveedores que existe una fragmentación de los servicios de salud, especialmente en el área de reproducción, existiendo el sesgo a entender el servicio de salud que se brinda al adolescente como sólo servicio de salud reproductiva y por lo tanto ligada a los cuidados de la salud física.

Con respecto al ejercicio sexual y sexualidad, se reportó que la iniciación sexual de los adolescentes es identificada sólo con una perspectiva reproductiva y de riesgo, que existen muchos mitos y creencias tanto de los adolescentes como de los proveedores, con respecto al ejercicio de la sexualidad; la consejería sobre el ejercicio de la sexualidad, al igual que la atención está muy desarrollada en la dimensión biológica como la planificación familiar y prevención de ITS, dejándose de lado aspectos psicológicos y sociales; los mitos y creencias de los proveedores y adolescentes dificultan la atención en salud sexual así como las tensiones entre deber y conciencia en el trabajo del obstetra determinan la calidad del servicio, el respeto a los derechos reproductivos, sexuales, el acceso a la atención del adolescente; asimismo las normas del ministerio dificultan la atención de calidad, sobre todo en relación al tiempo, a la exclusividad de la consulta y horarios adecuados.

Palabras claves: representaciones sociales, adolescencia, salud sexual y reproductiva, proveedor de salud.

ABSTRACT

The population between 12 and 19 years old, is the 20% of our total population, the statistics showed high percentages of teenagers with limited access to guidance on sexual and reproductive health, that is a risk factor for sexual and reproductive health; so the guidance on sexual and reproductive health given to the adolescents should be considered a priority in the development of health policies.

This investigation is a qualitative study, to obstetricians who work in hospitals and others health centers in Cusco at adolescent care area basically, doing 14 interviews to explore the social representations that they built in the attention on sexual and reproductive health given to adolescents, as well as bring in the analysis and interpretation of the representations and process of adolescence.

The provider's work with the adolescents has a biomedical connotation and sometimes does not take importance with different context, social structures, gender, culture, ethnicity, the services of attention differentiated from the adolescent do not fulfill the normatividad and lack a protocol that unifies the intervention and makes the evaluation and monitored possible of the service; the work with the adolescents is not based on sexual and reproductive rights, nor is adapted to biotipo and culture of the regional adolescent; the preoccupation of the suppliers by the pregnancy of the adolescents, is related to the biomedical vision and the approach of risk in the attention of this one. Also it has been possible to analyze of the speeches of the suppliers that a fragmentation of the services of health exists, specially in the reproduction area, existing the slant to understand the service of health that offers to the adolescent like only service of health reproductive and therefore bound to the cares of the physical health.

With respect to the sexual exercise and sexuality, I report myself that the sexual initiation of the adolescents is identified only with a reproductive perspective and of risk, that as much exist many myths and beliefs of the adolescents as of the suppliers, with respect to the exercise of the sexuality, the council on the exercise of the sexuality, like the attention very is developed in the biological dimension like the familiar planning and prevention of ITS, leaving itself of side psychological and social aspects, the myths and beliefs of the suppliers and adolescents make difficult the attention in sexual health as well as the tensions between having and conscience in the work of obstetra determine the quality of the service, the respect to the reproductive and sexual rights and the access to the attention of the adolescent and the norms of the ministry make difficult the quality attention, mainly in relation to the time, to the exclusive feature of the consultation and suitable schedules.

Key words: social representations, adolescence, sexual and reproductive health, supplier of health.

INTRODUCCIÓN

Conocer las brechas que limitan el acceso de los adolescentes a los servicios de salud es de vital importancia para los profesionales de la salud así como para los decisores de políticas de salud, por ello investigar sobre éstas limitaciones es sumamente vigente, pues aún no se ha resuelto el vacío teórico sobre éste tema y las consecuencias de éstas en la salud del adolescente y su proyecto de vida.

Los adolescentes no hacen uso de los servicios de salud sexual y reproductiva, por lo que es pertinente la pregunta: ¿las representaciones sociales construidas por los proveedores de salud de la ciudad del Cusco, que brindan estos servicios, puede estar generando desencuentros con las expectativas y necesidades de este grupo poblacional?

El estudio realizado tuvo como propósito explorar cuáles son las representaciones sociales de los(as) obstetras de la ciudad del Cusco sobre la atención en salud reproductiva prestada a adolescentes. Las mismas que incluyen sus percepciones sobre la adolescencia, sexualidad de los adolescentes, necesidades en salud reproductiva de los adolescentes y que limitaciones construye el proveedor para el acceso de los(as) adolescentes a los servicios de salud, además de indagar sobre los aspectos de género que se construyen en la atención de los adolescentes.

La realización de la presente investigación, estuvo orientado a contribuir en la identificación de las brechas puestas por los proveedores en la atención a este grupo, que representa casi la quinta parte de la población peruana, con necesidades y expectativas que al no ser satisfechas, vulneran su derecho a gozar de una vida placentera y un futuro promisorio. Así mismo se pretende generar un conocimiento que pueda aportar a las instituciones, proveedores y personas comprometidas con la salud y su bienestar, para coadyuvar a garantizar una atención de calidad y potenciar las propuestas de políticas de intervención pertinentes para los y las adolescentes de nuestra región.

El enfoque metodológico de este estudio fue cualitativo, con entrevistas a profundidad que permiten un acercamiento a la realidad social y cultural de manera diferente, para comprender dimensiones de la atención del adolescente que hasta entonces no se

habían tomado en cuenta, como son los significados y la función de símbolos y rituales relacionados con ésta atención, así como a los propios adolescentes.

Es necesario desarrollar conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de pautas, discursos y no sólo recogiendo datos para verificar teorías o hipótesis, donde el poder de la muestra no radica en su tamaño sino en la capacidad de reflejar la diversidad de lo estudiado.

Por ello se considera que la riqueza y el aporte del presente trabajo radican en el abordaje cualitativo de la explicación del problema investigado.

La sección central de la tesis está dedicada a los resultados de la investigación en capítulo único, que ha sido organizado subdividiéndose en distintos espacios: en una primera parte se presentará el contexto donde laboran los obstetras y consultan los adolescentes, donde se desarrolló el trabajo de campo y quiénes son los proveedores y la investigadora y una segunda parte los resultados, teniendo en cuenta los objetivos, las categorías y subcategorías de análisis, se recogieron los discursos grabados de los obstetras entrevistados los cuales fueron analizados e interpretados en concordancia con los objetivos y los supuestos de la investigación, con la finalidad de garantizar la coherencia interna de la investigación. Seguido de los resultados está la discusión de los mismos, las conclusiones y recomendaciones, finalmente se consigna la bibliografía, hemerografía y la consulta informatizada; así como los anexos respectivos.

Como parte de los anexos se encuentra en primer lugar el proyecto de investigación, donde se explica el planteamiento teórico, metodológico de la investigación.

CAPITULO I

RESULTADOS

CAPITULO I:

RESULTADOS

EL CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

Con la finalidad de organizar la información recogida durante el trabajo de campo, fue necesario subdividir el presente informe en dos espacios: en una primera parte se presentará el contexto donde laboran los obstetras y consultan los adolescentes, donde se desarrolló el trabajo de campo y quiénes son los proveedores y la investigadora y en una segunda parte los resultados de acuerdo a los objetivos, las categorías y subcategorías de análisis.

EL CONTEXTO:

De acuerdo a las estadísticas de la DIRESA-Cusco, la población adolescente proyectada para el departamento del Cusco es de 277, 860 que representa el 22.73% de la población total.

La evaluación realizada el 2007 por la oficina de la Etapa de Vida del Adolescente (EVA) de la DIRESA permite observar, que todos los establecimientos de salud de la ciudad del Cusco, cuentan con servicios diferenciados y horario diferenciado, contando con las normas técnicas y con instrumentos y registros de atención.

Las capacitaciones realizadas el año 2007 a los profesionales que atienden en los consultorios de EVA fueron: sobre uso de protocolos de atención el la EVA, atención integral en salud sexual y reproductiva y actualización en metodología anticonceptiva.

La ciudad del Cusco cuenta con dos hospitales de nivel III, 10 Centros de Salud del MINSA, para atender las necesidades de salud de la población.

Se presenta una descripción separada de cada entidad de salud por poseer distintas características en la modalidad de atención de la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes. Se tomó como participantes en este estudio al personal de los dos hospitales y de los Centros de Salud de esta ciudad.

Hospital Lorena:

El consultorio diferenciado del adolescente está ubicado en una zona poco accesible del nosocomio, para llegar a él, es necesario pasar por todos los consultorios externos, seguir por un pasillo solitario que da la impresión de que terminara el recorrido y allí se encuentra escondido el mencionado consultorio, en carece de adecuada iluminación y la ambientación es muy sencilla debido a que fue implementado con recursos de la proveedora y personal de salud.

El horario de atención fue en las tardes considerando la mayor disponibilidad de tiempo de los jóvenes usuarios en esas horas. Los profesionales brindaban atención exclusiva a los jóvenes con problemas de Salud Reproductiva, tanto en el aspecto físico como emocional, captando también otras necesidades biológicas que pudiera solucionar el personal de salud de la institución.

La obstetra realizaba simultáneamente la atención de Salud Sexual Reproductiva del adolescente y la atención de pacientes obstétricas que acuden a emergencia, ésta doble función se desarrolló debido a la falta de personal obstetra y como aporte voluntario; además realizaba las siguientes actividades como son: coordinaciones con los colegios y trabajo en equipo con psicología y odontología para la atención de los adolescentes.

La atención del adolescente se caracterizaba por: que se atendía de acuerdo a los problemas de salud por el que asistían al consultorio, como no había demasiada concurrencia el tiempo de espera era sólo por atención a otro adolescente, si es que lo había o una emergencia obstétrica, ya que la obstetra realiza doble labor, se trabaja sobre todo con adolescentes gestantes y solicitantes de métodos de planificación familiar.

Hospital Regional:

Funcionan 2 consultorios externos de la especialidad obstétrica, uno de Planificación Familiar y otro de Control Prenatal, ubicados en el ala izquierda del hospital, zona muy accesible y ambos atendidos por profesionales obstetras.

En ellos se brinda atención a mujeres en edad reproductiva, gestantes y usuarias/os de métodos de Planificación Familiar; inmersos en este grupo acuden los adolescentes que tienen necesidad de atención en Salud Sexual y Reproductiva, cumpliendo los mismos requisitos de todo usuario: pago de consulta (si no pertenece al Seguro Integral de Salud), sacar historia clínica, espera de turno en el mismo ambiente que los/ adultos/as.

En los dos hospitales se evidencia la ausencia de un protocolo que unifique la consulta del adolescente, así como ambiente exclusivo para la atención especializada.

En los Centros de Salud:

Cada centro de salud visitado presenta particularidades en su modalidad de atención en Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente, aparentemente no marcan especial diferencia en términos de afluencia de adolescentes a la consulta. Lo que se evidencia también es la ausencia de un protocolo que unifique la consulta del adolescente, así como ambiente exclusivo para la atención especializada.

Infraestructura:

Son características comunes a casi todos los Centros de Salud del Cusco, las dimensiones reducidas de los consultorios donde se brinda atención de Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente y otros grupos etareos, su ubicación es poco accesible, tienen deficiente iluminación natural, y ambientación sencilla sin mayor alusión específica a los intereses de los adolescentes.

Modalidad de atención:

Por causa de la gran demanda de atención de los servicios por adultos a los que tienen que recurrir también los adolescentes, la consulta a la que logran acceso no difiere mayormente en tiempo y contenido de la que se brinda a los demás pacientes. Los adolescentes sacan la historia clínica, esperan en la sala general con los adultos y no existe un horario de atención exclusivo para ellos.

Proveedor de atención en Salud Sexual y Reproductiva:

Son los profesionales Obstetras que, luego de realizada la atención, derivan al joven de acuerdo al problema de salud a los servicios de odontología, psicología o medicina, pudiendo ocurrir también en sentido inverso.

Los profesionales tienen limitaciones de orden logístico, apoyo de la dirección, de personal técnico, comentado por los proveedores durante las entrevistas, esto es un rasgo común referido por los diferentes entrevistados.

El Trabajo de Campo

Las visitas de carácter exploratorio a los profesionales que brindan atención de Salud Sexual y Reproductiva a los Adolescentes fueron desarrolladas en los meses de febrero a mayo del año 2007.

El contacto de la investigadora con los potenciales participantes fue aceptado y generó apertura a la comunicación.

El proceso de la entrevista al proveedor se desarrolló generalmente en los mismos consultorios y en algunos casos fueron realizadas en el domicilio de la entrevistadora.

Se utilizó otros lugares porque los momentos de interacción a partir de las entrevistas algunas veces eran interrumpidos por personal de salud u otros, por diferentes razones. De esta manera, se hizo necesario replantear o reestructurar con frecuencia la adecuación de horarios, así como los elementos de inicio y finalización de las interacciones, para poder abordar los diferentes objetivos e interrogantes propuestas.

La totalidad de entrevistados aceptó la grabación del evento, como promedio de tiempo estas entrevistas eran completadas en una hora y media a dos horas, produciéndose tan solo un contacto con cada persona participante en este espacio.

Creo necesario remarcar que, de forma general se logró un nivel importante de implicación y elaboración sobre los contenidos propuestos, mediado en mi opinión, por la construcción de un espacio abierto a la comunicación y estimulador del protagonismo de los sujetos participantes.

Los proveedores participantes.

En éste apartado se presenta una breve descripción de las unidades de estudio.

La muestra estuvo constituida por proveedores de atención en Salud Sexual y Reproductiva, de profesión obstetras que laboran en los diferentes establecimientos de salud en la ciudad del Cusco, por tanto, la información recogida sobre ella (en términos de datos sociodemográficos y exploración cualitativa) no es posible de generalizar o extrapolar más allá de sus límites, nos brindará pautas de análisis y discusión relevantes para comprender las representaciones construidas por los proveedores de salud en la atención de salud de los adolescentes.

La muestra estuvo conformada por un total de 14 personas, de ellos 12 mujeres y 2 varones, distribuidos por área de la manera que se muestra en el cuadro siguiente. Es preciso aclarar que, si bien se intentó lograr una distribución equitativa por concepto de sexo, no fue posible tomando en consideración las personas que laboran realizando la atención al adolescente en los consultorios seleccionados.

SEXO		FRECUENCIA ABSOLUTA		TOTALES
		MUJERES	VARONES	
DISTRIBUCIÓN POR ÁREAS	HOSPITAL	4	1	5
	CENTRO DE SALUD	8	1	9
MUESTRA TOTAL		12	2	14

Se encontró para la muestra en su totalidad una media de edad de 38.5 años.

Respecto al estado civil: La mayoría de las personas entrevistadas son casadas constituyendo uniones de varios años y que incluían la presencia de descendencia. Las dos participantes más jóvenes eran recientemente casadas, sin hijos. Se encontró además una mujer y un varón en la categoría “separados”.

En lo relativo a su situación laboral se encontró que cuatro están en condición de “contratados” y diez son “nombrados”.

Con referencia a la procedencia: Tres nacidos en Cusco, tres en Arequipa, tres en Ayacucho, tres en Puno, uno en Apurímac y uno en Lima. Todos con muchos años de residencia en Cusco.

Durante todo el proceso de trabajo, la investigadora sostuvo una relación cercana con los proveedores de salud dedicados al campo de la Obstetricia, específicamente en este caso a la atención de la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes, ellos y ellas mostraron interés en el tema de investigación, en su proceso, y brindaron a la investigadora la orientación e información básica necesaria para el desarrollo de la misma.

Acerca de la metodología de investigación mostraron interés especial y realizaron algunas sugerencias, sosteniendo de manera general una actitud de apertura a metodologías consideradas novedosas.

En general los proveedores entrevistados explicaron las modalidades de funcionamiento de sus establecimientos, horarios, la frecuencia de personas usuarias y otros pormenores de interés.

La salud sexual y reproductiva comienza a trabajarse a partir del año 1994 con la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo y la Conferencia de la Mujer en Beijing, por lo que muchos de los profesionales manifestaron que muchas no habían recibido capacitación en estos temas en pregrado.

En las mencionadas entrevistas los profesionales manifestaron a habían recibido capacitación en temas de salud reproductiva, pero que todavía había una escasa capacitación en: Salud del adolescente, derechos, género, sexualidad e interculturalidad. La información de las capacitaciones realizadas por la DIRESA del Cusco, corroboran lo manifestado por los obstetras en las entrevistas, que están dirigidas a la atención en salud reproductiva dejando de lado los aspectos de salud sexual en general así como del adolescente.

La investigadora:

Para concluir esta parte es importante aludir a la figura de la investigadora.

Desde la primera inserción en los ámbitos definidos como campo de investigación, pasó a formar parte de la dinámica específica jugada en su entorno. La investigadora también fue observada, explorada por los proveedores entrevistados y finalmente aceptada, su presencia como parte del contexto.

Se considera que en este proceso, un elemento esencial estuvo determinado por la profesión de la investigadora, que al igual que los entrevistados, es obstetriz, porque resulto evidente que además de la presentación personal que privilegiaba la función de la investigadora como tal, el dato que mayoritariamente orientaba la interacción y expectativas fue aquel relacionado con la profesión de base: la Obstetricia.

Era claro para la investigadora su condición y carácter interactivo con todo el sistema contextual, y el impacto de todo ello sobre sus propias construcciones. El trabajo de campo mostró que los límites investigador-investigado resultan difusos: se funden en una misma dinámica, expectativas, actitudes, estados de ánimo múltiples, así como las tareas de exploración mutua.

La investigadora en modo alguno constituyó un ente neutral pues fue impactada con los disímiles elementos del contexto, elaborando toda una experiencia emocional y cognoscitiva alrededor de la investigación, lo cual le permitió procesar e interpretar la información recogida. De esta manera, las elaboraciones resultantes, además de investigadas, fueron vivenciadas.

EL ADOLESCENTE Y SU ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: UNA MIRADA DESDE EL PROVEEDOR DEL SERVICIO

Los resultados de la presente investigación están organizados por conveniencia de acuerdo a los objetivos, categorías y subcategorías de análisis que se extrajeron y ordenaron de los discursos grabados de los proveedores.

Se presenta primero la interpretación y análisis del discurso de los entrevistados, seguido de las citas extraídas del texto elaborado de las entrevistas que se realizaron a cada uno de los proveedores de salud.

1. Representaciones sobre la adolescencia.

1.1. Percepciones sobre adolescencia

Entendida para los(as) proveedoras como un proceso conflictivo, con contradicciones, pero además con actitudes de irresponsabilidad “actúan primero luego piensan”, además como un proceso no comprendido por los adultos, inclusive por los propios profesionales.

“Es un paso crítico, donde hay muchas contradicciones, juzgar es primero, la independencia de los adolescentes es para ellos más práctico. Actúan primero luego piensan, se meten en problemas”. **E-1**

“Considero una etapa un tanto difícil más para el adolescente, por todo los cambios tanto físicos como psicológicos que se presentan y para su entorno también, porque muchas veces olvidamos que en algún momento fuimos adolescentes y consideramos algunos cambios o aspectos relacionados a su desarrollo... como malcriadez o de desobediencia”. **E- 2**

“Es una etapa de cambio muy difícil para los jóvenes, llena de retos para ellos, con inquietudes, en muchos casos con deseos de conocer cosas que ellos no saben ... todo eso hace que ellos en su afán de querer averiguar más que todo por curiosidad, pueden muchas veces equivocarse”. **E-4**

Los proveedores de salud entrevistados perciben que la sociedad en general, incluyéndose la misma proveedora, no asume, ni visualiza en su justa dimensión la problemática del adolescente generando un grupo humano con muchas dudas e inseguridades.

“Estamos formando personas que tienen ciertas inseguridades. No son capaces de tomar decisiones, son inseguros en muchos aspectos y sobre todo en lo que es sexualidad no tienen mucha apertura para tocar esos temas”. **E-2**

En algunos proveedores su experiencia personal se plasma en la percepción de la adolescencia como una etapa especialmente feliz.

“La considero la mejor etapa de mi vida porque la viví bien, plenamente. A raíz de las experiencias que tuve en la adolescencia...pude estudiar obstetricia... decidirme por la carrera”. **E-5**

El proveedor reconoce la etapa de la adolescencia como el lapso comprendido desde los 12 a los 19 años, sin embargo identifica como etapa de riesgo desde los 15 años, sin percibir mayor problema durante la fase de la adolescencia temprana.

“Abarca desde los 12 años hasta los 19 años, no? pero lo estamos tomando con mas énfasis de repente desde los 15 hasta los 19 años... es la etapa de riesgo y es muy vulnerable”. **E-6**

“Generalmente comprende de 10 a 19 años, empezando de una adolescencia precoz, intermedia y tardía”. **E-8**

Los proveedores refieren que los adolescentes piensan a priori y que el adulto por ser adulto no los entiende, los juzga, por ello no encuentran mejor refugio que sus pares en la búsqueda de solución a sus inseguridades e información.

“Una etapa en la que los jóvenes tienen muchas dudas principalmente, pienso yo, en temas de salud reproductiva. Imagino, dudas, conflictos, ellos creen que no son entendidos, cuando de repente, sí en realidad las personas adultas, sí podemos entender sus problemas... y se refugian más en sus amigos, en sus pares. Creen que son las personas que probablemente les entienden mejor y les dan mejores consejos que los adultos, por eso se acercan a sus pares y no a sus padres hermanos mayores. No digo que los pares no les den buenos consejos, digo que los adolescentes buscan a sus pares, porque ellos creen que les pueden entender mejor, resolver mejor sus conflictos, por que son jóvenes ambos, porque el adolescente piensa que cuando eres adulto en principio piensas diferente, no te pones en la edad que ellos tienen”. **E-9**

“Pienso que ellos bueno pueden pensar que muchas de sus dudas no pueden ser resueltas y otras veces pueden pensar que los adultos los vamos a juzgar”. **E-9**

Se considera que la multiplicidad de cambios que enfrenta el adolescente se traduce en un comportamiento de grandes contradicciones, siendo necesario el apoyo orientador de un equipo multidisciplinario.

Los proveedores intuyen que detrás de los comportamientos del adolescente, está la tristeza y ansiedad.

Hay pleno consenso sobre la influencia decisiva del tipo de relación intrafamiliar en sus conductas, pensamientos y personalidad.

“Son muy inquietos, muy impulsivos, hemos visto muchos casos de violencia en la familia con ellos y también vienen de parejas separadas, a veces muestran una tristeza interior y exteriorizan con sus alegrías pero en el fondo tienen problemas”.
E-11

“Es una etapa de la vida en la que se está en proceso de maduración, no?, eso dependiendo del grado y la experiencia que se adquiere dentro de la familia, así como de relación en el ámbito en que esté... Se entiende que los jóvenes siempre están en una etapa, todavía de inseguridad, no? de formación personal, entonces ellos necesitan ese reforzamiento ... que los padres le den también esa seguridad que necesitan para que no tuerzan el camino, por decirlo así”. **E-13**

“Definitivamente, eso nace con la persona y en el comportamiento del adolescente también influye bastante la relación que haya tenido con su familia, lo que ha vivido, lo que ha observado, es lo que nos presentan los adolescentes...tus hijos representan todo lo que ustedes han sido, todo lo que les han enseñado...bien o mal hemos sido ejemplo para ellos”. **E-14**

“Una etapa en la que sufren varios cambios, enfrentan una realidad diferente a la niñez... En la adolescencia vienen los cambios corporales, físicos y también incluidos los hormonales... esto va a hacer que generalmente el adolescente manifieste su comportamiento de diferente forma. Muchos adolescentes se sienten incomprendidos, no adaptados a la realidad y también al mismo tiempo creen tener toda la razón, creen saberlo todo, es en eso que nosotros entramos a tallar para orientarlo más o menos a una vida estable. Esto no es trabajo solo de nosotros, ni tampoco de ellos nomás sino es trabajo conjunto en equipo, se podría decir multidisciplinario”. **E-10.**

Los adolescentes actuales están más enterados en aspectos de sexualidad pero no siempre interpretan correctamente la información recibida, ni desarrollan conductas coherentes con sus conocimientos.

“... los adolescentes de ahora saben más que los adolescentes de antes... porque a nosotros como adolescentes antes no nos hablaban de sexualidad, a lo mucho de repente te hablaban de tu regla, que te iba a venir y esto nadie más te hablaba, y era un secreto todo sobre sexualidad ... entonces como que se iba formando una barrera pero el problema es que de repente estabas bien dirigido, por falta de conocimientos ... entonces los de ahora saben más, saben más sobre métodos, hablan más sobre sexualidad, saben ya que hay más cambios dentro de la adolescencia, la pubertad saben que en algún momento se despierta al sexo opuesto, ya lo ven diferente”. **E-10**

“... es una etapa de transición en la que el ser humano pasa de la niñez, pubertad hacia la adultez...se va adaptando no?... hacia la madurez es una etapa muy importante pienso en el ser humano, porque generalmente depende de esta etapa, a veces marca el futuro del que va ser adulto posteriormente”. **E-12**

El tipo de información que difunden los medios de comunicación sumado a la carencia de prácticas intelectuales y deportivas es gravitante en la actual problemática del adolescente.

“Claro, el hecho es que surge en base a todo lo que dijimos anteriormente, todos los problemas que hay... la influencia además de todos los medios de comunicación, los diarios, la televisión, la radio hace que se despierten los instintos y prácticamente es como un resultado de todo porque los adolescentes no tienen otras distracciones, no hay campos deportivos, no hay deporte, no hay cultura, no hay nada, entonces están en eso y prácticamente están en ese cambio”. **E-12**

1.2. Problemática.

1.2.1. Aspecto socio económico

La pobreza genera situaciones que constituyen un círculo vicioso difícilmente superable por el adolescente el cual vivirá lo que vivieron sus padres.

“Hay hijos que no están con sus papás, están con sus padrinos de empleados. Se quedan en casa con dos chanaquitos o sea con los más pequeños y el resto está con los padrinos... claro, y no terminan sus estudios, generalmente los emplean pero sin estudio. Son menos remunerados, trabajan sólo por la comida o la propina. El problema no es sólo la falta de estudios sino que está situación repercute en embarazo a temprana edad y multiparidad, es decir caen en lo mismo que sus padres”. **E-1**

Hay una constatación que en la práctica no existen servicios de atención realmente exclusivos para adolescentes, estos espacios se constituyen en una posibilidad para resolver las dudas que temen exponer ante sus padres y maestros.

“Pienso con respecto a la falta de accesibilidad a los servicios de salud diferenciados, que por más que nosotros promocionamos la atención al adolescente no lo estamos haciendo... o sea un adolescente fácilmente no puede acceder a un servicio de planificación porque está mezclada la atención del adulto con la de ellos, entonces se sienten como incómodos al no poder acceder a un servicio de salud”. **E-2**

“La falta de comunicación en cuanto a los temas relacionados con la sexualidad, ocurre tanto con los padres como con los maestros, por ejemplo tienen inquietudes y no las hablan no las dicen directamente a sus papás... piensan que el abordar estos tipos de temas puede significar que el papá o la mamá crea que ya se está interesando por cosas que no le competen todavía, que es muy joven, muy niño para estos aspectos, entonces tienen temor de abordar temas de sexualidad”. **E-2**

En Cusco se percibe la inequidad de género en el tema de educación, limitando las posibilidades de realización de un proyecto de vida para las jóvenes.

“Existe falta de apoyo, sobre todo para el sexo femenino en la educación, porque siempre la población del Cusco, por las características culturales que tiene, tiende a priorizar la educación de los varones. Las mujeres adolescentes se sienten relegadas en ese aspecto y ya no tienen oportunidad de poder salir adelante porque se limitan, con primero, segundo de primaria o tal vez nada. No tienen oportunidad de poder seguir avanzando”. **E-2**

El centralismo reflejado en la ciudad del Cusco, condiciona la migración de muchos adolescentes hacia ésta ciudad buscando lograr sus metas, sin embargo, la soledad a la que se ven sometidos dará origen a comportamientos de riesgo.

“La mayoría de ellos son de Quillabamba, Paruro u otras provincias... viven solos, en casas o habitaciones alquiladas... eso también es un factor para que por la libertad que tienen estén más propensos a cometer errores”. **E-4**

Por alguna razón la drogadicción no ha emergido como constante, en la problemática del adolescente expresándose sólo de manera casi anecdótica en dos entrevistas.

“En cualquier estrato social las madres siempre se quejan de la adolescencia... “que mi hijo se ha dedicado a fumar, a la droga”... “se ha dedicado a...” E-6

“Me he quedado “desbautizada” varias veces pero tenía que superar eso, no?, por ejemplo uno de ellos me decía que se drogaba” E 11

La relación conflictiva al interior de la familia se trasluce en la incapacidad de los jóvenes para relacionarse armónicamente con otras personas fuera del hogar. Por la misma razón su autoestima es profundamente afectada permitiendo una relación dependiente a nivel de pareja.

“He tenido bastantes usuarios que tienen mucha dificultad para comunicarse... de repente por el mismo entorno familiar que tienen no se llevan bien con su papá, con su mamá, con sus mismos hermanos. Hay mucha violencia en casa y eso genera que no se puedan relacionar en su entorno, a nivel de la universidad con sus compañeros, con sus profesores, etc”. **E-7**

“Otros problemas que puedan tener son mayormente relacionados con su pareja. Los chicos que no tienen buenas relaciones en su familia son fácilmente manipulables en cuanto a tomar decisiones” **E-5**

“Yo pienso que debe trabajarse primero autoestima, porque muchos de ellos son manipulados emocionalmente”. **E-5**

La imagen de un padre autoritario hace que tanto la adolescente, como el adolescente desarrollen una personalidad insegura, manifestándose en falta de comunicación, temor, máxime si la madre no hace contrapeso en esa relación intrafamiliar.

“Más que de acuerdo a lo que es estrato... o nivel económico mucho depende del tipo de relación con su papá. Si el papá ha sido machista la chica tiende a ser un poco más sumisa ... Sí, la misma imagen del padre les hace así ... en ambos casos (del adolescentes y la adolescente) es igual... se les hace muy difícil comunicarse en su misma familia, porque tienen el temor de ser juzgadas... por ejemplo vi un caso en el que la adolescente no podía contarle (una violación que sufrió de niña) a su mamá porque hay una imagen del papá, que él está allí presionando siempre ...y eso marca la comunicación”. **E-5**

Se identifica adolescentes que provienen de hogares sin solvencia económica que por ello están obligados a trabajar y estudiar simultáneamente o ha abandonar los estudios.

“En nuestro medio hay mucho adolescente trabajando, si lo vemos como necesidad tendría que ser que necesitan de padres o personas que se encarguen de ellos por completo, no a medias. Si ellos tienen que procurarse solos de su vestimenta y comida no van a poder hacer muchas veces bien las cosas porque están pensando en el trabajo y en que tienen que hacer una y otra cosa”. **E-2**

“Sí, hay bastantes chicos que trabajan y estudian a la vez”. **E-5**

“Porque tal vez en el hogar no hay ingresos económicos suficientes y él tiene que aportar trabajando. Eso se ve bastante en la zona peri urbana”. **E-8**

En contraposición existen adolescentes que provienen de hogares de mayor nivel socioeconómico, cuyos padres piensan que dándoles dinero y comodidades cumplen bien como tales, pero esto condiciona a que el adolescente no adquiera conciencia que sólo el trabajo y sacrificio permite conseguir las metas trazadas.

“Hay muchas desviaciones, es una etapa de riesgo, recalco, porque al darles mucho dinero ellos no valoran el sacrificio de los padres, entonces van a comprar... quizás ya por allí por curiosidad se van a un prostíbulo, no? ... ese cambio hace que también ellos necesiten más plata o vestirse a la moda y todo ello tenemos que comprenderlo explicándoles el valor del dinero que se obtiene con sacrificio, que ellos sepan que ese dinero se consigue con sacrificio, que cualquier cosa se consigue pidiendo un favor a una persona no así nada más”. **E-6**

“En la zona de San Jerónimo pocos son los que trabajan, las adolescentes se dedican a estudiar hasta tercero o cuarto de secundaria, pocas llegan a quinto de secundaria”. **E-8**

“Mientras el papá está trabajando y la mamá está trabajando...¿Qué hace ese joven? Si diéramos ocupación a ese joven entonces estaría orientado en forma distinta”. E-7

“En la universidad es otro nivel, acá los jóvenes vienen a estudiar muy pocos son los que comparten al mismo tiempo un trabajo y estudio”. E-10

La alta incidencia de hogares monoparentales agudiza la problemática de los adolescentes en todos los aspectos de su desarrollo.

“También se está viendo eso ya que la mamá sale ... que son madres solteras en la mayoría de nuestras mujeres acá en el Cusco y se dedican exclusivamente a sus hijos, ellas son las que solventan todos los gastos de la familia y no tienen tiempo para conversar con cada uno de sus hijos ...esto conlleva a que muchas veces la carencia de los oficios que tienen las madres hace que los pagos sean ínfimos, lavan o van de empleadas domesticas, otras son ambulantes que no tienen muchos ingresos económicos, esto redundando en el joven porque éste ya tiene necesidades y la educación no responde a la necesidad del joven, de educarse como debe ser”. E-10

“Si, muchos jóvenes están trabajando, además si son hijos mayores, son los que apoyan a sus madres para poder enfrentar las necesidades básicas de la familia... vemos que aparte de estudiar van a cuidar o a alzar bolsas, están de cargadores u otros hacen oficios como limpieza en casas”. E-10

1.2.2. Suicidio

Perciben que los adolescentes sobredimensionan sus problemas, lo que los induce a tomar decisiones dramáticas como el suicidio, intento de suicidio, huida del hogar. Esta incidencia genera temor a ciertas conductas que son calificadas de riesgosas como algunas formas sencillas de corregir al joven, lo que se conoce comúnmente como un “llamado de atención”. Este temor se genera por la alta frecuencia de suicidios en adolescentes difundidos por los medios de comunicación.

“Sí, con mucha frecuencia los jóvenes hablan de intento de suicidio... piensan en eso porque no tienen el apoyo de sus padres o están mal con la pareja, y bueno “quisiera” como ellas dicen: “quisiera dejar de vivir, sufrir”, son casos que inmediatamente se detectan y se derivan a la psicóloga”. E-4.

“Los jóvenes se encaprichan mucho más (ante la llamada de atención de los padres), se escapan, se suicidan”. E-12

“Ella despertó en la calle echada... esa niña había sido violada y hasta el momento sigue en tratamiento psicológico, porque intentó suicidarse”. E- 4

“Como las primeras experiencias siempre dan lugar a los stress emocionales que puedan tener, sí necesitan apoyo psicológico, es una etapa en la que tienen problemas y necesitan más que todo apoyo emocional y recibir”. **E-13**

También perciben que actualmente el adolescente es afortunado, tiene a su disposición la tecnología y formas de diversión sofisticadas y lejos de cuestionarlos es deber de los padres apoyarlos tratando de adecuarse a su forma de pensar y compartir sus intereses.

“Ahora los adolescentes viven otro mundo, con tantos avances, con tanta tecnología. El mundo de nosotros era completamente diferente, aparte de la televisión y el cine no teníamos nada más, ahora tienen discotecas, tienen todo... es más, los papás tienen que estar prevenidos para tener un presupuesto adicional para que el niño o el adolescente salga y empiece a conocer, no tenemos por qué encerrarlos sino adaptarnos nosotros a ellos, vivir juntos el momento de ellos, porque mi momento de adolescente es completamente diferente al de ahora”. **E-14**

Los adolescentes en el entorno familiar adoptan una forma de comportamiento distinto al que muestran con sus pares en la calle.

“Cambian bastante en su aspecto de vestir, la manera de hablar... si tu vas a la plaza de armas observas a los adolescentes, cómo hablan? Es un lenguaje completamente distinto al lenguaje que quizás tengan en su casa. Se les ve cambiados en su casa son completamente diferentes y en la calle no parecen los niños que se observan normalmente...hay influencia del grupo”. **E-14**

1.2.3. Violación

La forma de violencia que sufre los adolescentes y que predomina en el discurso de los proveedores es la violencia sexual, ejercida por personas cercanas al entorno familiar.

La violación es motivo de consulta frecuente de las adolescentes, hecho que se produce con mayor frecuencia en barrios urbano marginales o alejados de la ciudad, igualmente va asociado a las fiestas y consumo de bebidas alcohólicas o al horario de salida de los colegios nocturnos.

Los proveedores mencionan que no hacen un diagnóstico de violación en la consulta por temor a las implicancias legales en que pudiera verse inmerso y estos casos los conmueven profundamente.

“Son muchos casos...jóvenes que han sido violadas saliendo de un compromiso o saliendo de la universidad o del colegio, viniendo de visitar a una amiga... esos casos se ven constantemente”. **E-4**

“Fue violada por tres chicos saliendo de la casa de su amiga, esto ocurrió a las seis y media o siete de la noche, no muy tarde, por la margen derecha... saliendo de la casa y estaba caminando por las rieles, vio tres chicos, que aparentemente no daba la impresión que pudieran atacarla, porque estaban caminando... uno de ellos la agarra por el cuello y la amenaza con un cuchillo y la obligaron y la llevaron a un sitio mucho más alejado y la violaron... la mayoría de los casos de violencia que tengo, es violencia sexual... son personas mayores y también jóvenes que las están esperando o posiblemente en la gaseosa le echan algo y las chicas no se acuerdan que pasó, se despiertan al día siguiente y se encuentran en algún sitio, un hotel ...” **E-4**

“Tengo bastantes casos de violación... mayormente... muchos son de provincias, hacen reuniones, fiestas y de repente puede ser en su cuarto, de la amiga, de la prima, consumen licor, están con sus amiguitos y el problema vienen al día siguiente “he venido por el método de emergencia” “¿por qué?” “es que he ido a una fiesta y no me acuerdo” entonces yo les digo “como que no te acuerdas” “es que hemos ido a una fiesta y no me acuerdo” entonces al revisarle ya pues se evidencia que ha habido violación... normalmente el que nos ayuda es el psicólogo... a veces las chicas no quieren hacer la denuncia, entonces se hace un manejo preventivo, primero prevenir un embarazo, prevenir una ITS y todo eso.. un poco conversarle... el otro fue un caso de violación cuando con su enamorado se van a Sacsayhuamán o con un amiguito...”. **E-5**

“Han venido sobre todo niñas, de 3, 5, 7 años, 11 años, pequeñas y las traen sus padres para ver si ha habido violación o no, para denunciar... lo que hago es pasarlas a la psicóloga, el diagnóstico lo hago sólo para decirle que hay o no violación y para confirmar que vaya al médico legista, así lo hago para evitarme problemas legales”. **E-11**

“Lo que se ve bastante en jóvenes es la violencia que cometen y muchos de ellos a veces son violentados en sus casas por sus padres y otros por amigos... o por personas cercanas”. **E-4**

“Una chica que procede de buen nivel económico, me empieza a decir que fue abusada en su niñez y tiene problemas a nivel sexual... ¿qué te pasó en tu niñez? ... ¿qué crees que marcó tu vida? empezamos a hablarle, se les hace muy difícil comunicarse en su misma familia porque tienen el temor de ser juzgadas... esta muchacha fue abusada por su hermano... me cuenta que no fue abusada por vía vaginal sino por vía anal... cuando le intentó contar a su mamá no le creyó, la trató de loca y hasta los 15-16 años ella vivió arrastrando eso... por eso tenía la dificultad de llevarse bien con su familia y sufrió un montón...”. **E-5**

“Les ocurre con los familiares de casa, con el primo... Sí, yo he visto hay de esos casos de violaciones, eso era de hace diez años ahora no ocurren tanto con la familia, sino con sus compañeros, se ha hecho muy común, cada vez más jóvenes pasan por esto”. **E-1**

También se hace alusión a la violencia sexual ejercida por sus pares como consecuencia del creciente consumo de alcohol en las reuniones de los adolescentes

“Lo que si se esta viendo mucho es que les invitan gaseosa y posiblemente en la gaseosa le echan algo y las chicas no se acuerdan que pasó, se despiertan al día siguiente se encuentran en algún sitio, un hotel ...hubo una joven que simplemente

acompañó a su amiga le dijo “acompañame” ...posiblemente estaba en combina... ella la acompañó no tomó nada de bebidas alcohólicas, sólo le invitaron una gaseosa, el problema es que al día siguiente la encontramos por Zarzuela en la calle”. E-4

Es evidente la preocupación de los proveedores por el inicio de las prácticas sexuales sin protección anticonceptiva y por consiguiente la elevación de las tasas de embarazos no deseados y otros indicadores de la salud reproductiva de los adolescentes.

“Nos preocupa más que nada el inicio de las relaciones sexuales, ... existe dificultad para iniciar los métodos anticonceptivos, o porque desconocen sus efectos o porque de repente el temor a ser sorprendidos por sus padres...”. E-1

1.3. Necesidades

La ausencia de servicios de atención exclusiva para adolescentes perciben los proveedores con un doble enfoque: como problemática a resolver y necesidad a cubrir.

“Las principales necesidades hablando de salud o en general, primero lo enfocaría hablando de salud creo que sería la apertura de servicios diferenciados para ellos... sobre todo en lo que es salud reproductiva porque es lo más privado para cualquier persona. No es igual sentarme a esperar en un consultorio de oftalmología que sentarme en un consultorio de control de embarazo o de ginecología”. E-2

El proveedor identifica como necesidad del adolescente, cariño y atención a sus inseguridades, más que de cosas materiales.

“Yo percibo de que el adolescente necesita ser escuchado, que le prestemos más atención a que cosa necesita, que se les esté preguntando a cada momento si está bien y si desea algo, porque a veces por el mismo trabajo, los padres no damos importancia a los adolescentes, nos vamos al trabajo, y al volver simplemente preguntamos como está, les compramos todo y esto no es así, siempre hay que darle al adolescente un tiempo, conversar que dudas tiene y que cosa desea saber”. E-8

Ello se pone de manifiesto en los talleres que realizan los proveedores cuando a la pregunta “qué esperarían de los adultos” los adolescentes responden: comprensión, atención, cariño, aparece que no piden a los adultos en general “nada material” sino sentimientos.

“Las alumnas que yo enseñé de la universidad son adolescentes, en un taller que realicé, ellas elaboraron un rotafolio, donde ponían “que me comprendan que me escuchen”,... “no me critiquen”, que le den mayor tiempo, como ya ni en las escuelas hay esta formación dicen “que me den tiempo” E-1

“El adolescente quiere comprensión, que el proveedor acepte lo que él piensa, que satisfaga sus necesidades, sus dudas. Si el adolescente tiene una buena relación con el proveedor va a salir satisfecho de la atención que se ha dado pero en caso contrario ese adolescente nunca va a regresar”. **E-8**

“La mayor necesidad de ellos es la falta de afecto, el tiempo que los padres no le dedican, me he percatado que en una gran mayoría vienen solos”. **E-10**

La necesidad de información es identificada por los obstetras como prioritario considerando que la educación sexual impartida en los colegios y la casa no está enfocada adecuadamente.

“Pienso que otra necesidad para que ellos enfrenten la realidad, es decirles las cosas tal como son. ¿Cómo va a crecer un adolescente? si se le dice que si se masturba es pecado, entonces va a vivir traumatado... hay que enfocar desde pequeños adecuadamente la salud sexual y reproductiva en los colegios”. **E-2**

“Debe haber una información adecuada acerca de todo lo relacionado con su inicio sexual, métodos anticonceptivos, prevención de ITS, planificación, atención del embarazo”. **E-5**

Los proveedores se refieren a los medios de comunicación en sus diferentes formas, como fuente de información negativa para el adolescente por su carácter sesgado, de alto contenido sexual y de violencia, por lo que proponen que una necesidad imperiosa es la regulación del tipo de información que difunden y ponderan la necesidad de espacios de recreación para los adolescentes.

“Es necesario mucha educación y el control de los medios de comunicación, porque es la peor desgracia!... es la peor desgracia! a mi modo de ver y nuevamente retomar los valores, sobre todo valores morales”. **E-7**

“La parte recreativa y la orientación que se le debe dar al adolescente es importante. Es muy distinto ver a un joven hacer deporte, que es muy saludable a que esté metido en una computadora chateando toda la mañana y poniéndose en contacto con un montón de bricheros y no se sabe que respuesta está recogiendo del otro lado. Eso para empezar... un control allí.” **E-7**

2. REPRESENTACIONES SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DEL ADOLESCENTE

2.1. En el desarrollo de la consulta.

En el discurso de los obstetras se identifica que no existe una declaración específica sobre los derechos sexuales y reproductivos del adolescente, además adecuados al biotipo y cultura del adolescente regional, lo cual permitiría al

proveedor mejorar la calidad del trabajo en consejería y al adolescente una identificación consigo mismo y con sus derechos. Se reconoce que existen derechos para adultos y niños pero hay una ausencia en la percepción del derecho del adolescente, incluso pese a reconocerse los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas, se percibe que detrás de este discurso existe el pretexto para no reconocerlos ni aplicarlos efectivamente a este grupo etareo.

“Al menos no tengo conocimiento de que existan derechos sexuales y reproductivos para adolescentes como un tema específico... hay derechos sexuales y reproductivos en general y allí estamos metidos todos... el adolescente no tiene acceso a ser orientado con más confianza para que pueda ejercer sus derechos, ellos no se sienten involucrados, porque no los estamos diferenciando del resto de la población, pareciera que no tendrían derechos en ese sentido... simplemente no saben que tienen derechos, con respecto a los afiches siempre vemos una persona adulta, no vemos un adolescente que diga estos son tus derechos, la imagen que tenemos es que esos son derechos de adultos..., pienso que los adolescentes no se identifican, no es como decir derechos del niño que desde chiquititos les enseñan y reconocen sus derechos pero el adolescente no tiene esa parte específica donde diga son los derechos de los adolescentes”. **E-2**

“Cuando se da orientación sobre planificación familiar siempre, se tocan los derechos sexuales y reproductivos, que ahora están de moda diríamos... se les explica cuales son sus derechos sexuales y reproductivos, en cada centro de salud están las cartillas de derechos sexuales y reproductivos”. **E-8**

“Como personal y profesionales de salud no podemos negárselos, por el contrario debemos dárselos a conocer, la mayoría de pacientes saben lo que son sus derechos, algunos más que otros dependiendo del caso que se presente. Siempre dándoles a conocer que ellos tienen sus derechos y que pueden exigirlos si es que en algún momento no son atendidos”. **E-4**

“Se trata de hablar de todo lo que son sus derechos, sobre todo cuando vienen a hablar de planificación familiar, embarazo”. **E-4**

“Cuando estoy dando la charla o estoy hablándoles sobre algún tema ellos dicen “pero eso es mucho por qué no nos dices tal nomás”, les respondo “pero es que es necesario que ustedes se informen bien eso es parte de sus derechos”. Trato de decirles que no es así y les enumero dándoles el concepto de lo que son sus derechos... yo no puedo hablar de las demás cosas ni de conceptos, si primero no les digo cuáles son sus derechos”. **E-5**

“Principalmente que tiene derecho a informarse en forma correcta con un proveedor que les brinde adecuadamente información acerca de lo que es la planificación, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA. Es lo que mas abordo allí porque son los temas que más les atañe... aparte de que tienen derecho a vivir su sexualidad”. **E-5**

Los Derechos sexuales y reproductivos del adolescente son los mismos que los derechos sexuales y reproductivos de los adultos y deben ser reconocidos y aplicados sin diferencias por el proveedor durante su atención, logrando de esta manera la asistencia permanente del adolescente al establecimiento.

“Todos tienen el derecho de decidir con quién tener sus relaciones, pero todos deben tener mayor información y comunicación... ellos están libres igual que los mayores de tener los hijos quieran tener, a qué edad, cuándo tener hijos por voluntad no por casualidad, entonces ellos tienen su libertad, no son propiedad privada, deciden pero siempre hay que orientarles, hay que ayudarles. Otro de los derechos es que su sexo sea seguro y feliz, protegiéndose, así no va a tener problemas como un embarazo no deseado o una infección de transmisión sexual... En cuanto a sus derechos en relación a nosotros como proveedores, tienen que elegir, tener privacidad, confidencialidad, ser atendidos con calidad y calidez, no marginando ni insultando, Tienen que pedir todos sus derechos y nosotros retribuir para que vuelvan siempre”. **E-6**

Remarcan que la información debe ser completa, no sólo limitada a los métodos anticonceptivos disponibles en el establecimiento.

También mencionan el derecho del adolescente a unirse en matrimonio o no, sin ninguna coacción y esto por la problemática presentada en la consulta de embarazo precoz.

“Es un derecho sexual y reproductivo darles a conocer todos los métodos de planificación familiar, no sólo los que tengamos en stock, porque a veces sólo hablamos de los que nos da el ministerio de salud, pero no hablamos de los otros, los métodos naturales, que también el adolescente puede optar por esos. Darles a conocer y que elijan”. **E- 2**

“Otro derecho sería, que si ellos desean casarse se casen, porque en adolescentes que salen embarazadas se les obliga a casarse a la fuerza. Los padres los hacen casar, diciendo “mi hija se debe casar” y los casan. Un derecho es, si deseas convivir o si deseas llegar al matrimonio, ese es tu derecho”. **E-8**

Perciben los proveedores que dar o no su consentimiento para ser sometida a un examen ginecológico constituye también un derecho de la adolescente.

“Me las traen los papás y como forzando a que se hagan examinar, es algo en lo que también cometemos un grave error los papás por llevarlas a hacerse examinar con un extraño, que somos nosotros, sin haber intentado siquiera generar un poco de confianza, o sea quieren saber si siguen siendo vírgenes o no, entonces uno les explica que los hijos no pueden ser obligados a ser examinados por otra persona, se les explica que es parte de sus derechos y que la joven debe dar su autorización a ser examinada”. **E-10**

También se concibe el acceso a los métodos de planificación en los adolescentes como otro derecho sexual o reproductivo.

“Me parece que los métodos de planificación familiar son para todos, el hecho de que sea adolescente, no significa que lo vamos a restringir, más vale prevenir que lamentar, si damos una buena orientación al adolescente, cuando inicie sus relaciones evitará un embarazo”. **E-8**

“Que sí, en todo caso si ya se han iniciado sexualmente tienen todo el derecho a acceder a los métodos anticonceptivos”. **E-4**

2.2. Necesidades de capacitación

Falta difusión de los derechos sexuales y reproductivos, la capacitación al respecto debe ser dirigida fundamentalmente a los profesionales del nivel operativo que afrontan cotidianamente los problemas del adolescente.

“Para mí están bien establecidos, pero no están bien difundidos. Se han dado desde el año 1994, estamos en el año 2007 y mucha gente desconoce los derechos sexuales y reproductivos, incluso podemos decir que ocurre dentro de nosotros... es que no hay una buena difusión a veces suele ser que se capacita a personas de las altas esferas, estamos hablando de gerentes de las DISAS, más no llega esto a nivel donde debe informarse, por ejemplo a nivel asistencial que es el que hace la parte preventiva promocional, porque si nosotros conociéramos e interpretáramos bien los derechos de salud sexual y reproductiva podríamos enfrentar muchas cosas y el joven podría conocer también su cuerpo... Es importante que nuestros jóvenes conozcan estos, yo creo que a estas alturas los obstetras ya debemos conocer todos los derechos sexuales y reproductivos”. **E-10**

3. REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES

Los proveedores toman una postura de juzgamiento soterrado, que no se manifiesta en el discurso público, aseverando que el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes es por competencia, curiosidad e irresponsabilidad siendo una de las causas la falta de información y comunicación con sus padres.

Este inicio de ya es identificado como un problema que traerá como consecuencia embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, abortos.

“Es eso la curiosidad... la competencia es lo que las lleva al inicio de las RS, es así....faltaría conversación comunicación con papás, falta horarios programados, programar un día de trabajo. Los jóvenes no aprender a planificar su vida”. **E-1**

“Si hablamos de adolescentes que estuvieron embarazadas y terminaron en aborto, no conocemos datos estadísticos, porque si estamos en la ciudad y quedaron embarazadas es más fácil que vayan a un consultorio y se practique un aborto, pero esos datos no sabemos. Yo creo que para abordar el problema debemos ver un mecanismo para determinar realmente cuándo inician sus relaciones sexuales”. **E-2**

“Tuvieron relaciones sexuales, ya saben que hay métodos, que hay píldora del día siguiente, ya tuvieron relaciones sexuales y al día siguiente se toman sus píldoras y no son concientes del hecho de saber que con esa relación sexual de repente por ahí se embaraza, o se contagia de algo, o sea no son concientes todavía de

lo que pueda suceder, no se trata de decir “conocí a alguien, era guapo, tuve relaciones, luego voy y me tomo el postinor”, no es eso”. **E-9**

“Indudablemente hay diferentes factores para iniciar una vida coital... a veces suele suceder que los papás nunca llegan a hablar de estos temas con sus hijos, más que todo esto pasa en la zona rural y urbano marginal, que es lo más frecuente, pero hay gente que si habla, sobre como va a ser, por ejemplo sobre la menstruación de las niñas. Ya algunas mamás conversan sobre ello, antes era totalmente un tabú, no conversaban sobre su sexualidad”. **E-10**

“Están iniciándola tempranamente y sin una buena información, primero porque en ese momento se dejan llevar por sus deseos, por los amigos porque están en una fiesta y se da el caso, pero no tienen información... o si la tienen no han tomado conciencia de los riesgos que pueden traer... muchos han perdido sus valores y eso hace que inicien su vida sexual tempranamente y cometan errores”. **E- 4**

“Pienso que el joven que este preparado para prevenir un embarazo no deseado o una infección de transmisión sexual, podría iniciar su vida sexual. Siempre converso con jóvenes, y les digo que si creen o sienten que ellos están preparados podrían iniciar su vida sexual, siendo responsables, evitando contaminarse de infecciones de transmisión sexual, previniendo embarazo que aun no desean, si son responsables está bien, porque hay cosas que no podemos prohibir, porque finalmente son jóvenes y en una salida a divertirse podrían iniciar su vida sexual y no han tenido una orientación previa, entonces va a haber una diferencia entre los que si están preparados, digamos en cuanto a evitar los temas que ya mencioné y los que no han recibido jamás una orientación”. **E-9**

3.1. Edad de inicio de las relaciones sexuales

Se menciona en los discursos de los obstetras que las relaciones sexuales se inician cada vez más temprano, así como una marcada diferencia en el inicio sexual de los adolescentes de acuerdo a la cultura y ubicación geográfica de la región donde residen, igualmente mencionan en algunos discursos la presencia del turismo como factor del inicio sexual de las adolescentes.

“En nuestro medio, las RS se dan mucho más temprano, porque en Cusco existen diferentes realidades socioeconómicas y demográficas. También existen algunos grupos donde el inicio de las relaciones sexuales de muy jóvenes es una norma... en la selva el inicio de las relaciones sexuales es desde que se presenta su menstruación... En nuestro medio, de acuerdo a la zona, es muy diferente el inicio de las relaciones sexuales, algunos se da cuando inician la menstruación porque esa es su costumbre, su cultura, entonces seria considerado como algo natural... Pienso también que el mismo movimiento que hay del turismo hace que los adolescentes inician pronto su vida sexual”. **E-2**

“La inician tempranamente en las zonas rurales, a los 14, 15 años las chicas ya han iniciado su vida sexual activa y muchas a los 16 ya son mamás, aquí en la ciudad también inician... quizás más tardíamente a los 15 años como promedio, hay claro jóvenes de 14,13 años pero el promedio es de 15 años”. **E-4**

“Hay mucha diferencia, incluso en la misma ciudad del Cusco, vamos a hablar por artes, uno: las relaciones sexuales en Cusco son en promedio, entre 14 y 15 años,

más o menos igual en ambos sexos, claro que hay una ligera variación en la mujer o sea más temprana edad, no se inicia con un joven sino con un mayor”.

E-7

“Se dan tempranamente las relaciones sexuales, tal vez datos así estadísticos, exactos no lo tenemos”. **E-2**

“En lo que respecta a los jóvenes en sí, ¿qué es lo que yo veo? es que aquí en el servicio hay pacientes que han dado a luz desde los 13 a 15 años, quiere decir que se han iniciado mucho antes”. **E-7**

La orientación sobre sexualidad que reciben los adolescentes en su hogar debe ser complementaria con la impartida en el colegio, evitando contradicciones que desubiquen al adolescente.

“Yo creo que más que todo lo que necesitan es una orientación que debe empezar en casa y luego complementar en el colegio. El hecho de que se inicie una relación sexual tampoco lo vamos a juzgar”. **E-8**

3.2. Asociaciones al inicio de las relaciones sexuales

Asocian el inicio de las relaciones sexuales de los usuarios a diversos personajes de su entorno: desde el familiar, la empleada, el/la enamorada, aunque señalan que lo más frecuente actualmente es con la enamorada.

“Ya, como te digo se enamoran y les piden la prueba del amor y se entregan al primer enamorado con quien están sin ver las cosas”. **E-6**

“Los chicos dicen: “con las chicas del colegio mas que nada”, otros chicos con la empleada. No por amor, sino pues...por curiosidad quizás, inician su vida sexual”. **E-6**

“Tuve otra paciente que fue abusada desde los 6 – 7 años hasta los 18 años casi, por su hermano y sus amigos”. **E-5**

Refieren que si bien persiste el hecho de que algunos jovencitos se inician sexualmente en un prostíbulo, lo más frecuente en la actualidad es que lo hacen con su enamorada por un sentido de prevención.

“Uy el inicio de relaciones... yo creo que ya una gran mayoría de nuestros jóvenes inició su vida sexual, pese a que hay tabúes, yo pienso que es alto el número de adolescentes que han iniciado su vida sexual, con una edad promedio de 16 años, si hay un grupo menor de 14, 13, hasta 12 años... todavía se sigue usando los prostíbulos, los del colegio lo comentan a veces, claro que algunos no lo dicen pero nosotros percibimos que ya se han iniciado, porque ahí ya no te mienten mucho, pero no se usa tanto los prostíbulos, algunos todavía, pero un gran número se inicia con la compañerita. Si, ya hay una tendencia a buscar algo más seguro, claro también piensan en la enfermedades de transmisión sexual, saben que hay una contaminación”. **E-10**

“En algunas ocasiones si, les preguntó como se iniciaron, por qué, porque hay una parte de la historia clínica dónde nos pide esos datos. Muchos comentan que lo han hecho, que han ido en grupo, en caso de los varones visitan un prostíbulo, que lo han iniciado con su pareja, con su enamorada. La gran mayoría lo hace con su enamorada”. **E-4**

“Algunos chicos en las casas de citas o otros te dicen con mi enamorada, pienso que esto también ha cambiado, porque antes ocurría en las casas de cita... los papás los llevaban “para que mi hijo se inicie”, pero ahora no creo, ahora si con la enamorada y más aún los adolescentes buscan a una persona mayor, yo conocí a un chico que tendría unos 17 años y su pareja 23 yo le pregunte “¿Por qué estas con una persona mayor que tú?”, el decía yo la quiero y ella me enseña”. **E-8**

Según la percepción de los obstetras, los padres difícilmente asumen una sexualidad activa en sus menores hijas.

“Generalmente ya tienen relaciones sex... yo he visto por ejemplo una niña de 15 años que la trae la mamá porque tiene “granitos” en sus genitales, pero son condilomas y la mamá no quiere saber... la niña hace señas para que no se le diga nada a su mamá, cuando la examinamos, ya ha perdido la virginidad, pero para su mamá es la hija querida, es la hija la única, la protegida, la que nunca la dejan salir a la calle”. **E-7**

3.3. Presión de los pares

Un factor que predispone al inicio de la actividad sexual es la presión ejercida por el grupo de amigos o presión de la pareja.

“Hay presión de grupo en jóvenes para el inicio de la vida sexual sobre todo, “¿y cuándo empiezas?” y a las chicas también “¿Cómo, que es esto, hasta ahora virgen? hazme el favor” les molestan los chicos, también la presión en las chicas es fuerte” **E10**

“Un momento de debilidad o una amenaza de que la iba a dejar...un chantaje sexual. Dicen: “me iba abandonar y como yo le quería ni modo tuve que aceptar” o “no, ha sido a la fuerza”. **E11**

“Pienso que es curiosidad... que es competencia, no se si está palabra sea nueva... que el amiguito diga quién puede con ella primero, ese comentario si hay en el servicio, entonces esa competencia entre amigos por ganarse a la chica”. **E-1**

3.4. Contextos donde se inician sexualmente los adolescentes

A menudo inician su actividad sexual durante o después de fiestas porque salen eufóricos bajo los efectos del alcohol, cuyo consumo por adolescentes, según la percepción del proveedor, va en aumento.

“Generalmente en los colegios, por ejemplo hay una fiesta y en estos tiempos sobre todo por el consumo de alcohol, es la base de todo porque antiguamente siempre había fiestas y no pasaba nada, ahora se acrecienta eso, por el consumo de alcohol en los jóvenes, entonces es mucho más fácil de que suceda eso (la relación sexual)”. **E-12**

“Bueno, son reservadas en ese aspecto, no dicen la forma como fue (el inicio sexual), simplemente hablan, es un amigo en una fiesta tuvieron ese encuentro, no fue una relación duradera algo que puedan percibirse como una pareja definitiva, sino más que todo ha sido como dicen “como jugando”, algo rápido e inesperado, también por efecto de la ingesta de licor, entonces tienen este problema del embarazo”. **E-13**

De manera comparativa al adolescente de otras épocas, el de ahora inicia su actividad sexual con un mínimo período de cortejo y sin atribuirle mayor trascendencia.

“La gran mayoría tiene su inicio antes de los 19,17 o 16 años, ellos ya tienen sus encuentros... como si fueran pareja pero no es nada definitivo, ellos mismos dicen “total si no funciona, no hay problema” pueden tener otra pareja e inician vida sexual muy fácilmente. Todo es rápido, tienen un cortejo muy corto y ya tienen su relación sexual... sí, la relación sexual no es como antes, las de ahora cambiaron en sentido con relación a la sexualidad, yo creo que antes, tenía que ser una relación fuerte más duradera para que haya una aceptación de parte de la pareja, hoy en día cambia, esa fase es más corta”. **E-13**

4. REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES

4.1. Información que reciben

Manifiestan la existencia de dificultades cuando abordan el tema de información en la consulta a los adolescentes, ya que sus conocimientos previos están cargados de mitos y creencias que maneja la población en general, siendo otro motivo de preocupación del proveedor el sesgo en la educación sexual impartida en los colegios religiosos que incrementa las limitaciones del joven para tratar el tema en su hogar, contribuyendo a ello la calidad de información que recogen en los medios de comunicación y la Internet, como anteriormente mencionamos.

“El hecho de la globalidad, por ejemplo la Internet, yo llegaría a la conclusión de que bajan información pornográfica por curiosidad... para ver figuras pornográficas, hacen la tarea 45 minutos pero bajan luego las figuras, para eso sí son hábiles”. **E-1**

“Los tiempos van cambiando, la propaganda, la televisión influye bastante y muchas de las veces los jóvenes no tienen la orientación de una persona muy cercana como puede ser el papá, la mamá. La información que reciben es a través de los amigos y de los medios de comunicación y esa influencia es la que ponen en práctica”. **E-7**

“La internet, todas esas cosas que también de alguna forma despiertan (al adolescente). Antes no había todo esto, entonces hay cambios en muchos aspectos... la necesidad de conocer algo más, ellos vienen a hacer preguntas, tienen bastantes dudas, recogen el mensaje de la gente y aquí despejan muchas dudas, sobre todo si hablamos de la Depoprovera. Ellos siempre hablan que la gente dice que la sangre se junta, nosotros siempre estamos diciendo que no es así”. **E-13**

“La educación con respecto a la salud sexual y reproductiva en los colegios religiosos, tiene muchas limitaciones, todavía les enseñan cosas como que la masturbación es un pecado o como decirle que la píldora del día siguiente es abortiva, que eso no se debe hacer, pienso que otra necesidad para que ellos enfrenten la realidad es decirles las cosas tal como son... ¿cómo va a crecer un adolescente si se le dice que si se masturba es pecado? entonces va a vivir traumatado porque en algún momento lo va a hacer y desde el momento que lo enfocan de esa manera en el colegio, no va a poder abordar estos temas en su casa con los papás porque dirán “mi papá me pegará o me votará si le converso” así entonces otra necesidad creo yo es poder enfocar adecuadamente la salud sexual y reproductiva en los colegios desde pequeños”. **E-2**

4.2. Uso de métodos anticonceptivos

Ellos manifiestan una constatación que los adolescentes no realizan una práctica correcta en el uso de los métodos de planificación familiar como consecuencia de información no capacitada, siendo necesaria una información, educación y comunicación previa al inicio sexual de los adolescentes.

“La información que reciben es de persona a persona, algunas señoritas que tenían la idea de saber correctamente (el uso del método) se cuidaban con el método de la regla pero todo lo sabían mal, no tenían buena información y en base a eso se cuidaban o decían “no, él se cuida”, él se cuida (es que usa el condón) o sino también él le dice “a ver como es”, sacan la cuenta de que no va a embarazarse...y esa es la idea que tienen pero no es correcto su conocimiento”. **E-12**

“Lo que debería hacerse es brindarle la orientación, porque si es que ya la tienen y van a iniciar las relaciones sexuales, acudirán a un centro de salud, porque ya saben que allí se les puede dar métodos anticonceptivos. Tampoco se trata de darles métodos si ellos no saben para que son y ni siquiera han iniciado una relación sexual. Primero hay que brindarles una información ya teniéndola ellos saben a donde recurrir luego cuando se inician”. **E-5**

Presentan prejuicios cuando especulan o afirman que el conocimiento de métodos anticonceptivos contribuye a que los adolescentes realicen un frecuente cambio de pareja sexual, sin temor a las consecuencias como embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual.

“Ahora los jóvenes son más ávidos de saber si existen métodos, antes no era así, ellos tenían ciertas cosas y no querían saber de métodos anticonceptivos y ahora si los conocen, por eso seguramente tienen mucho recambio de parejas, porque ya saben que hay muchas cosas a su alcance”. **E-9**

“Tengo varios usuarios que usan píldoras e inyectables, creo que el mayor uso, pese a que se les explica que no es el método de primera elección, para los jóvenes siguen siendo las ampollas y la píldora y la primera elección para los jóvenes es el condón”. **E-10**

Existe mucha preocupación en los proveedores en relación al método de Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), que si bien consideran que está en boga tiene muchas fallas por su forma de uso y expendio indiscriminado, y refieren que los adolescentes la consideran como “su tabla de salvación”.

“Es el método de moda, ha entrado bien, pero también es el método que más fallas tiene porque las personas tienen sexo al natural y creen que la AOE les va a solucionar, entonces se toman dos tres veces al mes la píldora de emergencia y eso no soluciona nada... generalmente vienen pronto, porque su gran preocupación es no quedar embarazadas, no dejan pasar los tres días porque ellas ya conocen los métodos, evitan que pase más de tres días y vienen luego de la violación, es muy raro el caso que hayan venido luego de un mes, siempre vienen así, rapidísimo”. **E-7**

“Yo he visto bastante el uso del Postinor (marca de AOE), he visto que hay adolescentes que han utilizado dos o tres meses el Postinor, yo siempre les digo “en todo caso porque no viniste sabiendo que hay un establecimiento en el cual te podrían dar orientación en lo que es planificación familiar en lugar de estar utilizando el Postinor como método anticonceptivo”. **E-9**

“Es una alternativa, que puede evitar un embarazo no deseado, si se usa correctamente, pero que no sea expendido indiscriminadamente como lo están haciendo o bien si se da en las farmacias que lo de una persona que los oriente adecuadamente para que no cometan errores. No lo considero como un abortivo (la AOE), he estudiado bastante sobre eso, no es un microabortivo”. **E-4**

“También es una estrategia muy buena (la AOE) sobre todo ahora que están escasos los preservativos y a consecuencia de eso han aumentado los embarazos, a comparación de los años anteriores ha aumentado porque el Estado no está comprando los insumos”. **E-11**

“Los chicos vinieron con una inquietud “¿dicen que existe un método anticonceptivo más eficaz y sólo se toma al día siguiente?”, se les responde “al día siguiente porque no se protegieron”. Se les da la información no es que sea eficaz como método de rutina (se les responde en la consulta) para eso tenemos otros métodos de rutina que pueden usar”. **E-1**

Perciben el desconocimiento que tienen los adolescentes del uso del condón u otros métodos y de allí el temor a su reparto.

“Uy he tenido full accidentes con el condón, es más como ellos son más sinceros dicen: “señorita no uso nunca más, tal marca, porque es una vaina” otras veces han venido chicas que no encontraban el condón “Srta. ya han pasado tantas horas y no encuentro el condón hasta ahora” y el condón estaba dentro de la vagina, y a sacarles siempre tienen sus pro y sus contra. Siempre hay accidentes, a veces por la desesperación ya no se toman las pastillas blancas de las píldoras anticonceptivas y se saltan a la marrón, eso les pasa con la desesperación”. **E-5**

“Yo no estoy de acuerdo con el reparto de métodos a todos los adolescentes, porque primero no a todo el mundo. A veces tú le preguntas al joven ¿conoces el condón?, ¿sabes el uso adecuado del condón?, dice “si lo se” y cuando realmente se hace una práctica y se le dice “enseñame” no saben el uso adecuado del preservativo”. **E-9**

Algunos proveedores entran en tensión con su conciencia y el debe ser del trabajo que realiza en la consejería de uso de métodos de planificación familiar a adolescentes, específicamente en la Anticoncepción Oral de Emergencia, refiriendo que sólo la admiten en casos de violación, aún cuando al dar su opinión sobre el método “lo deja en ambiguo”.

“Mmmm... si eso justifica que no se embaracen estaría dándolo, pero siempre priorizando la orientación de que posterguen el inicio de las RS y que negocien con su pareja, pero si eso me va a ayudar a salvarle de que no se embarace si la proporciono pero no como reparto, sólo en consulta... la AOE, está bien para los casos de violación, en casos de emergencia, como su nombre lo dice, pero no para rutina”. **E-1**

“si a mi me preguntan ¿si estoy de acuerdo? lo quiero dejar en ambiguo, pero si es un caso de violación les digo que existe un método de emergencia, y obviamente lo va aceptar porque es una violación, si vienen otros casos como haber tenido relaciones desprotegidas y ha bebido alcohol también les explico”. **E-9**

“Respecto a la anticoncepción oral de emergencia, yo diría que todavía no está bien difundida, está mal usada por los jóvenes, estoy recordando que una joven me decía que usaba siempre el método de emergencia, cada vez que tenía relaciones iba y tomaba, nomás por miedo, pero por miedo, yo le dije “que tenía que pensar, que para usarlo tenía que estar en sus días de riesgo, que no es un método que se pueda usar frecuentemente ya que la efectividad de este método es un 72%, no llega a ser un 100% y que llega un momento en que ya no le va a ser efecto. Va a perder su eficacia” **E-10**

“El temor a su uso es que tiene ya posibilidades de evitar el embarazo y tiene posibilidades de tener relaciones sexuales cuando quiera y con quien quiera”. **E-2**

4.3. Uso de métodos anticonceptivos

4.3.1. Opinión sobre reparto de condones y estrategias para su prescripción

La consejería es un pilar fundamental en la preparación profesional de los obstetras y dentro de ello la información adecuada y oportuna. Para los

proveedores es prioritaria y en la atención del adolescente debe ser previa a la indicación de métodos de planificación familiar.

“Si... no trabajamos en educación sexual, no vamos a tener éxito y debe empezar desde los años iniciales. Si a una adolescente se le da un condón, si no tiene educación tal vez no lo va a utilizar adecuadamente. Pero si nosotros le brindamos una educación previa para enseñarle lo que es sexualidad responsable, si tiene un condón, óvulo, píldora, va a saber cuándo y con quién usarlos, la educación es básica... si la damos desde el inicio vamos a enseñar a toda las personas que el uso de ese anticonceptivo tiene que ser en el momento oportuno”. **E-2.**

“Cuando damos un método anticonceptivo primero les damos una buena orientación... hay que explicarles y concientizarles de que deben ser responsables, que si no se protegen del riesgo de un embarazo o no están preparados, puede ocurrir en cualquier momento el riesgo de una infección de transmisión sexual y eso cambiaría definitivamente todas las metas que ellos se hubieran planteado para su futuro, se trata sobre todo de concientizarlos... decirles que hay muchas formas de estar con la pareja, pero que si en algún momento lo hicieran lo hagan responsablemente”. **E-4.**

“Claro, esa política estaría bien pero siempre y cuando haya primero educación, conocimiento, información sobre para qué va a ser informada previamente, explicarles toda la sexualidad en la adolescencia para que en base a eso pueda decidir si van a tener relaciones”. **E-12**

“Es un método...debería estar al alcance de todos. Ahora es gratuito sino que no se usa porque no hay mucha información. Es una opción para que no haya un embarazo no deseado, eso es lo principal. Imagínate si todas las niñas mujeres tuvieran a su alcance, cuántos embarazos estaríamos evitando”. **E-12**

La estrategia del reparto de condones a los adolescentes genera algunas observaciones por parte del obstetra, como el temor a ser criticado por la sociedad y además se preocupa por el uso incorrecto de éstos.

“Yo, no estoy de acuerdo con el reparto de condones, lo que sí es cierto es que debe asumirse una responsabilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos, que indican que uno debe ser responsable de su salud sexual, esto significa que si yo conozco y me informo sobre los métodos anticonceptivos puedo elegir un método. El hecho de ir y repartir, muchas veces es mal interpretado por la sociedad que todavía tienen ciertos tabúes... no podemos repartir diciendo para cuando lo uses que tal si lo tiene guardado por años, y cuando decida usarlo ya está deteriorado y no tiene la misma protección”. **E-10**

Se muestran en desacuerdo con el expendio de métodos de planificación familiar, en las farmacias, exceptuando al condón, porque en estos establecimientos no existe el personal capacitado ni el tiempo necesario para brindar la consejería al adolescente.

“Yo no estoy muy de acuerdo con las ventas en farmacias, porque en principio les venden pero no les indican si realmente con este método le va a ir bien o no a la adolescente, si lo puede usar o no, y cuándo debe de empezar a usarlo. Ell

adolescente puede iniciar una píldora o inyectable en cualquier momento y no debe ser así, con los condones en cambio no hay problemas, bien los puede comprar en las farmacias o venir acá”. **E-8**

4.4. Infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA

Se percibe que son las adolescentes mujeres quienes acuden más a la consulta sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), lo hacen ante la presencia de sintomatología que se presenta más aguda en ellas, no así el varón cuya presencia no es frecuente en la consulta sobre estas afecciones. Presumen que es así porque los proveedores son generalmente de sexo femenino y esto podría constituir una barrera en la consulta.

“Preguntan por las ITS, si están infectadas porque han tenido relaciones sexuales con su pareja y tienen descenso y esa es su preocupación, vienen a preguntar que deben hacer, que exámenes se deben realizar y se les da orientación”. **E-4**

“Es que antes no acudían por ITS por miedo y por vergüenza, no acudían, ¿cuántos habrían? La ITS que se ve con más frecuencia en adolescentes es la Candidiasis vaginal”. **E-6**

“Los adolescentes tienen el Seguro Integral de Salud, que cubre todo lo que es consulta médica, odontológica, también se hace papanicolao, y otros servicios... en adolescentes lo que más se presenta en damas, es flujo vaginal, ahora último hemos tenido un caso de sífilis contagiada en Puerto Maldonado”. **E-8**

“En jovencitos...entre ellos generalmente no es muy común que vengan por eso... pienso que como después se van contagiando, no se nota mucho, no hay muchos casos... a veces las niñas acuden por la secreción vaginal que les viene y dicen: “ha sido por entrar a un baño”, no relacionan la relación sexual que han tenido con la secreción vaginal, o lo disimulan”. **E-12**

“La sintomatología es más en mujeres. Ya se sabe como es el tratamiento, entonces necesariamente tiene que ser participe el varón”. **E-13**

4.5. Atención del embarazo, parto y puerperio de adolescentes

4.5.1. Cómo es la atención en los servicios de salud

En las entrevistas los proveedores coinciden en afirmar que las adolescentes embarazadas acuden a los hospitales tan sólo para la atención de su parto, algunas veces sin haber tenido un control pre-natal al que no acudieron por temor a sus padres. Por otro lado, aseveran que una adolescente embarazada no recibe una atención especial como política del establecimiento de salud, sin embargo la proveedora conciente de la necesidad de un trato diferenciado le brinda una atención especial.

“No tenemos servicios diferenciados, atendemos partos, ni siquiera control prenatal, casi nada de orientación en planificación familiar o salud reproductiva. Van de frente a la atención de parto, no se si en los centros y puestos de salud hacen el control pre natal o es que muchas veces ya vienen de frente al hospital a dar a luz, hemos visto que vienen supuestamente por cólicos con toda la familia y en el momento en que se les evalúa están en trabajo de parto...hay partos, puérperas adolescentes, la puérpera adolescente, la gestante, la parturienta, está simplemente dentro del resto del grupo, entonces no esta considerada como algo especial, sino fuera porque servicio social por medio de una norma o una ley tiene la obligación de pedir que haya una persona que deje un documento legal, donde diga que se hace cargo del adolescente, nadie se daría cuenta de que por ahí pasan adolescente todos los días. Estamos viendo que hay adolescentes que se están complicando, se está incrementando nuestra tasa de morbilidad en el hospital... ¿y qué podemos hacer para solucionar estos problemas?... de hecho tendríamos que pensar en aperturar servicios específicos sólo para adolescentes. La autoridad no reconoce esta necesidad”. **E-2**

“Una vez que ya se diagnostica el embarazo precoz, ella va a control pre natal como una gestante más... Se están atendiendo partos de adolescentes menores de 19, por lo menos unos 25 a 30 al mes, pero de 13, 14, 15 años son 1 ó 2”. **E-4**

“Cuando se atiende a la adolescente embarazada, se hace la atención como cualquier control, pero sí se le conversa sobre el cuidado del niño, porque a veces ellas todavía no tienen ni idea de lo que es tener un hijo... la adolescente gestante es una gestante más, no tiene otra atención, puede pasar por psicología si quiere o nosotras viendo como acepta su embarazo las mandamos”. **E-8**

Las pocas gestantes adolescentes que acuden al control pre natal, lo hacen generalmente en el último trimestre de embarazo, algunas veces acompañadas de sus padres o sus parejas.

“Las gestantes adolescentes vienen ya embarazadas, generalmente en el segundo o tercer trimestre cuando ya los papás detectan que están gestando, pero desde el primer trimestre y ellas solitas son pocas, casi no vienen, lo hacen acompañadas de algún familiar cuando ya ha sido detectado el embarazo”. **E-11**

“Por lo general las gestantes vienen aquí en el último trimestre, cuando piensan “ay, estoy embarazada, que tendré, estaré bien, podré dar a luz normal” es por eso que vienen...pero así, que vengan en el primer trimestre, muy pocas... una o dos”. **E-14**

“Sí, vienen con su pareja, a escondidas de la mamá, no le avisan hasta que más o menos ya no pueden disimular. En ese momento le avisan, aproximadamente en el tercer trimestre”. **E-11**

4.5.2. Sentimientos del/la proveedora

Durante la atención a una gestante adolescente, los proveedores, en la mayoría mujeres, se involucran en el problema como madres y padres, manifestando gran preocupación por la ausencia de políticas de apoyo a esta problemática, por los

proyectos truncados de la adolescente y por la posible orfandad que sufrirán ella y su hijo. Reflexionan sobre la poca efectividad del trabajo preventivo promocional en el tema de embarazo precoz.

“Cuando veo a una adolescente gestante, pienso primero en las causas (del embarazo), descubres que tenía un enamorado, que no utilizaban un método y se embarazó, solo queda darle el consejo de que siga adelante”. E-9

“Imagino el aspecto de embarazo en adolescentes que no cuentan con instituciones sólidas que les puedan proteger... veo en algunos canales de televisión que existen grupos que se encargan de adolescentes embarazadas, las orientan en la forma como van a criar a su hijo o lo va a dar en adopción, les ayudan en todos los aspectos, en cambio acá una adolescente se embaraza y simplemente a sufrir, tal vez su mamá la ayude a criarlo pero no tiene oportunidad de decisión. Me siento mal cuando pienso que ellas se han embarazado por falta de información o porque no estamos llegando como profesionales a ese grupo de adolescentes”. E-11

“Pienso qué va a ser de esa niña con el embarazo, no va a estudiar, se va a estancar, es muy difícil que una joven que se embaraza consiga trabajo o siga estudiando, y lo peor, quedan en el desamparo, nadie las protege, inclusive tampoco los padres”. E-12

“Me pongo a pensar que a mi hija le puede pasar igual y quisiera que me la traten como yo estoy tratando a esa niña, de la mejor manera”. E-6

4.5.3. Percepción del proveedor sobre la reacción de la adolescente ante un embarazo no deseado

Los proveedores describen una actitud de rechazo casi general cuando la adolescente recibe un resultado positivo de embarazo, por temor a la reacción de sus padres o de su pareja y por los sueños a los que debe renunciar, siendo frecuente que soliciten ayuda para interrumpir el embarazo, coinciden además en que comúnmente asisten al consultorio en pareja cuando el embarazo es deseado.

“En embarazos no deseados... hay casos en que uno no sabe como actuar porque insisten en que no quieren tenerlo, en esos casos yo los envío con el psicólogo, porque si ya les hablé sobre la aceptación de su embarazo y siempre han decidido no tenerlo, entonces deben buscar ayuda”. E-4

“Cuando hay resultados positivos de embarazo y no son esperados, hay niñas que pueden romper en llanto, como en otras se puede ver una sonrisa que a veces para mí es admirable, porque si yo me pongo en esa posición pienso que debe ser muy difícil a su edad, asumir algo así... no saben como decirles a sus papás, ese es el temor, también influye cómo va la relación con su pareja, cómo lo va a asumir él, como lo van a enfrentar... lo que hago es tratar de calmarlas porque ellas lloran y dicen “¿qué voy hacer?” ya están pensando en matarse, sumamente alteradas...les converso sobre los pro y los contra, cómo podría ser la conversación con sus papás...también ha habido casos en que las niñas, apenas

tienen su test de embarazo positivo, me dicen “ayúdame, cómo voy a hacer, puedes ponerme un inyectable o algo así para solucionar este problema”. He tenido esos casos también”. **E-5**

“La mayoría no desea tener su hijo, ellas dicen “estoy estudiando, qué va a decir mi papá ahora, qué voy hacer”. **E-8**

“Generalmente cuando son embarazos deseados vienen en pareja y cuando vienen solas ya es otra la actitud de preocupación, cuando les dices que están embarazadas te das cuenta que no lo deseaban, y te dicen “no estoy preparada” entonces se les da la consejería para que conserven ese embarazo”. **E-9**

“No es fácil que ellas desistan de esos propósitos (abortar), están desesperadas por el hecho de que están estudiando y quieren continuar haciéndolo, que hayan implicancias dentro de la familia, sobre todo de los padres que a veces tienen el carácter un poco fuerte, el temor que tienen justamente de la represalia de los padres y bueno siempre quieren el aborto”. **E-13**

4.5.4. Perfil de la adolescente que va a consulta

Cuando los adolescentes van a consultar sobre sus inquietudes acerca de la sexualidad, prefieren hacerlo en grupos del mismo género ya que cuando van solos o en pareja experimentan sentimientos de temor o vergüenza.

“Para hacer preguntas mayormente vienen en grupos de chicas y grupos de chicos, cuando están en pareja siempre hay esa inhibición “está mi pareja si pregunto mucho qué va a decir”, siempre he notado que cuando van a preguntar se cohiben si están solos, más lo hacen en grupos de su mismo género”. **E-5**

4.5.5. Percepción del proveedor de la reacción de los padres ante el embarazo de la adolescente y soluciones

Ante un diagnóstico de embarazo de la adolescente los padres reaccionan con gran disgusto, llegando inclusive a tratar de inducir al aborto a la joven o unirla con su pareja pese a sus pocos años de edad, no obstante existen madres que deciden apoyar a sus hijas. Los proveedores no están de acuerdo con un matrimonio de adolescentes por la sobrecarga de responsabilidad que asumirá la joven y afirman que un embarazo no siempre significará el fin de las metas propuestas.

“Las mamás reaccionan muy mal, a veces quieren separarlos, otras veces inducirles al aborto, incluso se separan de su pareja...también hay algunas que apoyan a la adolescente pero otras dicen “no, yo no quiero que tenga de ese fulano, de ese mundano” Yo les digo “ya está en proceso de formación, tienes que apoyarle”, a veces llegan a aceptar”. **E-11**

“Los papás de la pareja de adolescentes dicen “ya hemos solucionado señorita”, para ellos solucionar el problema quiere decir que van a convivir o que van a

casarse, yo le digo “eso no es solucionar el problema”, por lo menos en ese ratito que no es mucho tiempo les trato de hacer ver que ellas (las jóvenes) van a adquirir doble responsabilidad con esa solución...Si yo tuviera la oportunidad de verme con ellos antes del embarazo, tal vez podría lograr que sea diferente, reorientarles”. **E-2**

“Como la mayoría es de tercero o cuarto de secundaria, les digo “vas a seguir estudiando” unos te dicen sí, otros te dicen no, entonces sobre todo a las que dicen no, las oriento a que terminen sus estudios, ya que el hecho de tener un bebe va a ser un limitante para muchas cosas, pero no un determinante para que se queden ahí, al contrario yo apoyaría para que los dos continúen estudiando si hay un embarazo, no forzar tampoco un matrimonio”. **E-8**

4.5.6. Consejería ante el embarazo del adolescente

Son considerados como espacios muy difíciles por la complejidad de sentimientos e intereses en juego de parte de los padres, la adolescente y el mismo proveedor, piensan que lo fundamental es brindar confianza y adecuada orientación a la joven, en el sentido de que un embarazo no es sinónimo de fracaso y necesita control pre-natal. La decisión de unirse con la pareja y el aborto son trascendentales y realizan una consejería a los padres para que reflexionen sobre su nivel de responsabilidad en el problema, la inutilidad de la violencia y la necesidad de un apoyo emocional y material para la joven.

“Primero darle confianza, segundo no se le debe juzgar, si no ella inmediatamente se va, a veces me cuentan que les dicen de todo y tienen temor...uno va escarbando por qué ha sido y generalmente ha habido abandono de la madre, poca confianza entre ellas y naturalmente...ya está gestando...conversarle sobre su embarazo, explicarle los pasos que va a dar y a lo mejor un poco de apoyo psicológico que es lo que más necesita”. **E-12**

“Yo le insistía “tienes que hablar porque la barriga va a crecer y se va a notar tu embarazo, tienes que enfrentar las cosas, tu mamá se va a molestar al inicio pero luego tú le vas a explicar...bueno, si me la traes vamos a conversar con ella”. **E-14**

“En ese momento trato de que me capten algo, les digo “ahorita piensas que lo más bonito es irte a vivir con tu pareja porque estás enamorada, pero no es la solución, lo único que vas a lograr es adquirir doble responsabilidad, vas a tener que cocinar, preocuparte por tu bebe y por tu esposo que no tiene trabajo, piensa que la solución no es vivir juntos, puedes esperar un tiempo, si tienes el apoyo de tus papás vete a vivir con ellos y pasado un tiempo si tu pareja, el papá de tu bebe, sigue buscándote podrás decidir”. **E-2**

“La consejería siempre es un poco larga, algunas veces vienen los padres y es el momento de hablar con ellos...con los golpes no se gana nada, los hechos ya están consumados y lo único que queda es apoyar a la hija, que si bien ha tenido un desliz, eso se puede superar y seguir adelante. No por ello se tienen que truncar sus aspiraciones, mas aún, se le debe apoyar porque algún vacío ha tenido que haber en su hogar para que ocurra ese embarazo”. **E-13**

4.5.7. Percepción de las opciones de aborto del adolescente y posición frente a ello

El abordaje del tema del aborto siempre confronta aspectos del orden ético, si bien mayoritariamente los proveedores se manifiestan en contra del aborto aludiendo a veces principios religiosos, hay algunos que prefieren no opinar. En franca minoría están aquellos que lo consideran como opción válida, mencionando también una hipocresía social relacionada al tema; en su discurso es común denominador el respeto a la toma de decisiones.

Describen que al consultorio asisten la pareja o la joven sola, solicitando ayuda para un aborto y si la consejería apoyando la continuación del embarazo resulta infructuosa, les aconsejan buscar ayuda profesional.

“De todos los casos que vienen varios lo hacen con la idea de abortar, dicen “mi pareja me ha dicho que no podemos tenerlo” o “que me va llevar a que me extraiga”. **E-8**

“Pienso que de alguna forma consideran posible lo que se les habla (continuar su embarazo) y lo otro es lo que siempre tienen en mente (abortar), es un poco difícil, generalmente ellos o bien lo aceptan o bien no, creo que en pareja lo deciden afuera”. **E-13**

“Me dicen “¿qué podría hacer, qué me recomiendas?”, yo les digo “bueno sabes que si te sometes a un aborto puede traerte tales consecuencias... ahora si decides no tenerlo mejor vete a una persona profesional, yo no te estoy juzgando si es tu decisión, pero tú sabes muy bien que esto es ilegal y puede correr riesgo tu vida”. **E-5**

“Personalmente yo les doy la consejería para que ellas decidan lo que va a hacer, con eso no quiero decir que estoy en contra o a favor, pienso que el profesional debe decirle a la joven que el embarazo va tener estas etapas, vas a sentir estos cambios, no sólo físicamente sino también los cambios sociales que de por si habrá, pero el hecho de que tú decidas otra cosa también va a tener sus consecuencias. Allí termina mi rol como profesional, pienso que la persona decidirá una vez cerrada la puerta y eso es lo que muchos no respetamos, que cada persona debe decidir sobre si misma, como mujer pienso que uno decide sobre uno. Quiero ser ambigua en este tema (el aborto), en caso de violación o incesto es diferente, estoy totalmente de acuerdo con el aborto...nadie quiere tener un bebe de una violación”. **E-9**

“El aborto podría tener consecuencias indeseables porque estamos en el Perú, porque esta penalizado, porque lo hacen en lugares clandestinos, que no tienen toda la asepsia y bioseguridad necesaria, yo creo que si el aborto fuera despenalizado en el Perú la situación sería otra”. **E-9**

“No les diría hazlo (el aborto), pero si no tienen otra opción que busquen ayuda en un profesional, generalmente le diría que no es el camino, pero de repente toma la decisión de no tenerlo por la situación y presión familiar, de tomar esa decisión psicológicamente va a resultar afectada”. **E-4**

“He visto jóvenes que vienen y no desean continuar el embarazo, tienen sus motivos, yo trato de hablar con ellos sobre sus puntos de vista, como consideran eso (el aborto) y cuanto los afectaría esa decisión psicológica y espiritualmente, porque eso es importante, la gran mayoría de jóvenes que pasan por ese problema toman esa decisión apresuradamente (el aborto), pero siempre queda en ellos una huella. Siempre va quedar en ellos”. **E-4**

“Particularmente pienso que los abortos son mucho más frecuentes en la calle que en el hospital y que hay mucha hipocresía entre nosotros, porque decimos “no hago” pero si lo hacen en su consultorio privado. Mi opinión personal es que el aborto es una opción, lo importante es que una persona sepa lo que va a hacer, que tenga la información sobre qué es un aborto, qué beneficios le va a traer y cuáles serán sus consecuencias”. **E-7**

“Yo no estoy de acuerdo con el aborto, no, si ya se dio el caso del embarazo hay que seguir adelante porque finalmente el cuerpo que se va a maltratar es de la chica y no del chico, porque (si se deciden por el aborto) el chico no la va llevar donde un médico, sino a otros sitios inseguros. Hay que conversar mucho y si ellos se deciden por el aborto es su decisión, pero yo no estoy de acuerdo, no hay que echar la culpa a uno o a otro porque los dos tienen culpa, pero también hay que enfrentar el problema de ese niño que va a nacer”. **E-8**

“No creo que sea un derecho...si nosotros tenemos algo de formación cristiana no creo que eso (el aborto) sea un derecho”. **E - 13**

5. PERCEPCIONES SOBRE EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES

El ejercicio sexual de los adolescentes se caracteriza por iniciarse sin tomar en cuenta los riesgos de embarazos no deseados a pesar de que muchos cuentan con información sobre los métodos para evitarlo. Dentro de las experiencias que refiere el proveedor se observa que el inicio sexual de las adolescentes está ligado al enamoramiento, presión de la pareja y como anteriormente habíamos comentado tiene relación con la ingesta de alcohol y las fiestas a las que asisten.

La vida sexual activa, sólo se hace evidente cuando se presenta un problema en la adolescente, pocos son los que acuden a la consulta antes de iniciar su vida sexual activa y difícilmente declaran esta condición, por represiones sociales.

“Alguna vez tuve la oportunidad de hacer una encuesta en el colegio Clorinda, y he observado que cuando preguntaba ¿si has tenido relaciones sexuales alguna vez? tenían temor a responder, a pesar que se le había indicado que era anónimo o dejaban la hoja en la mesa para que no piensen que los estoy identificando, pero aún así, de más o menos 50 alumnas, solamente una contestó que había tenido relaciones sexuales, pienso que no es un dato real... tienen temor de dar este tipo de respuestas”. **E-2**

“Yo tuve una paciente de 15 años que inició sus relaciones sexuales desde antes y hablé bastante con ella... entonces dijo que lo hizo porque estaba enamorada y que él también la quería... estaba ilusionada, muchos jóvenes lo que hacen es pedir la prueba del amor y como ellas están enamoradas aceptan. También se ve

que muchas lo hacen cuando van a una fiesta, ingieren bebidas alcohólicas y con todo eso”. **E-4**

“Vienen cuando ya lo hicieron, pocas son las que van a venir antes de iniciar sus relaciones sexuales, hay jóvenes que vienen previamente a averiguar. La semana pasada vino un joven de 18 años, me dijo “tengo mi enamorada que quiere información de cómo nos podemos cuidar, todavía no hemos tenido relaciones pero lo estamos pensando, no quiero cometer un error, no quiero perjudicarla”, como muy maduro para su edad, ¿no?”. **E-4**

“Ya por lo menos están mas informados sobre la sexualidad, sobre los métodos, lo malo es que no están usándolos y eso es lo que preocupa. Conocen de los métodos, sin embargo no los usan por muchos factores. Eso es lo que más me preocupa”. **E-11**

Los adolescentes manifiestan que sus encuentros sexuales se producen en hoteles, cuando no en sus habitaciones (cuando viven solos) o en la casa de los padres (cuando están ausentes)

“Ellos comentan que van a un hotel, en muchos casos dicen “vamos a un hotel” y otros jóvenes dicen “me voy a mi cuarto” porque como comentaba, muchos jóvenes tienen sus habitaciones y las jóvenes también las tienen, entonces o ella va al cuarto del chico o lo contrario y si no están los papas lo hacen en la casa también”. **E-4**

5.1. Sexo anal

Perciben los proveedores que dentro de las prácticas sexuales del adolescente es frecuente el sexo anal, que es para conservar la virginidad y/o evitar un embarazo no deseado. La consejería está orientada a una aceptación por parte de la joven condicionada al respeto a su autoestima, valores y a que no dañe su salud.

“Ellos preguntan “¿como es, se puede dar o no, se puede realizar?” la pareja a veces insiste... una de las razones es sobre todo en las vírgenes, tener relaciones sexuales por vía rectal para conservar la virginidad... y también porque es una forma de evitar un embarazo no deseado”. **E-4**

“Vienen las chicas y dicen: “te quería hacer una pregunta, ¿qué piensas acerca del sexo anal?”, yo les digo “bueno si para Uds. está bien, entonces perfecto pueden practicarlo, pero siempre tienen que protegerse” les explico, acerca de las consecuencias que puede traer”. **E-5**

“También me han consultado sobre las relaciones anales, “¿es bueno o no es bueno?, porque a mí me está exigiendo y yo no quiero y tengo miedo” se sienten perturbadas y yo les digo: “si tú crees, si a ti te parece que está bien, bueno depende de lo que tú creas, mientras no atropelle y tú disfrutes de esa relación no hay nada malo”, eso es lo que a lo menos hemos venido aprendiendo, si eso se vuelve una rutina, algo muy exagerado donde va a dañar tu salud, tu autoestima, tus valores, entonces está mal, no lo hagas, conversa entonces con tu pareja, es lo más importante”. **E-10**

5.2. Prostitución

Los obstetras manifiestan que han podido observar que el “trabajo sexual” en los adolescentes es evidenciado en las consultas. Al indagar sobre este “trabajo sexual” ellos refieren que es realizado en las fiestas jubilares de la ciudad y de los pueblos, así como en el comercio sexual con turistas.

Muchas veces la actitud del proveedor es de indiferencia o censura al adolescente.

“También existe trabajo sexual en adolescentes de 13,14 a 15 años... de esto se tiene que hablar largo en la consulta y dicen (sobre el trabajo sexual) que la actividad se vuelve comercio y lo hacen por plata: “saca su plata, se compra lo mejorcito”. E-1

“Esa opción (el trabajo sexual) ella la ha tomado, sabrá porque lo hace, yo no me voy a inmiscuir, ni voy a dedicarme a censurar y decir “pero cómo si tu eres bonita eres joven deja eso” yo qué tengo que hacer con eso, ella tiene su mundo y tiene sus problemas... Son de 16 o 17 años, ni siquiera han terminado la secundaria... a la hora que empieza la vida nocturna en el Cusco, en el centro de la ciudad, a las 11 o 12 de la noche se meten a la discoteca, tienen relaciones sexuales con los turistas. El turista paga”. E-7.

“Es muy difícil indagarles (se refiere al comercio sexual). Me he dado cuenta porque tenían mucha incidencia en lo que es infección vaginal, debido a eso tenía que indagarles: “cuáles son tus opciones sexuales, cómo son tus relaciones”, todo les empezaba a preguntar, de ahí poco a poco me decían a que se dedicaban”. E-5

5.3. Masturbación

Manifiestan que el autoerotismo sólo se toca en la consulta a pedido de los adolescentes, la percepción del proveedor es que pocos son los que lo practican y consideran que es malo practicarlo. La aceptación por el proveedor del autoerotismo esta sujeta a la aceptación del adolescente y a que no se haga costumbre.

“Sí, también comentamos sobre eso... inclusive cuando vienen un grupo de jóvenes, hablamos y comentamos sobre distintos temas, la masturbación y hablamos sobre eso... siempre y cuando no se convierta en una parte muy importante para ellos, dentro de su relación, que no se considere que es anormal y siempre y cuando estén de acuerdo. Bueno, generalmente trato el tema cuando me lo han preguntado, se dan esos casos... pero nunca me he dirigido a eso, nunca lo he hablado en la consejería, no lo he considerado”. E-4

“Sobre la masturbación pocos son los que la practican... pocos... piensan que es malo y no la practican”. E-11

“En general la masturbación en varones y mujeres está bien, en realidad si no se hace una práctica cotidiana, lo abordo de la manera siguiente,: yo pienso que en la conversación sale del mismo adolescente, entras en confianza y te conversa, te

pregunta, una cosa lleva a la otra. Prefiero que él me lo pregunte, que él se abra para yo poder hablar, porque si no lo hace, lo toma como si yo quisiera enseñarle cosas”. E-9

5.4. Homosexualidad

Con respecto a la homosexualidad en los adolescentes, los proveedores presentan en sus discursos muchos prejuicios y “discriminación” escondidos. En algunos casos no se acepta como una opción sexual, es explicada como producto de una violación o de traumas en la niñez, o del trato discriminatorio de sus pares en los colegios nacionales que los califican de “blanquitos y bonitos”.

“Es cruel lo que hacen en los colegios nacionales, hay chicos bonitos, blanquitos, delicados, muy responsables, tal vez vienen de colegios particulares pero que ahora ya no tienen acceso por la falta de dinero de los papás y sus compañeros los tratan de lo peor y los convierten... el homosexual, no nace, sino la sociedad a veces ayuda a que esto se profundice, los profesores los sancionan dicen: “¡no, es el mal ejemplo! nosotros lo solucionamos expulsándolos”, yo no estoy de acuerdo con esa disposición del colegio, tal vez no es homosexual sino tiene características delicadas y su color es blanco... no se....tal vez de repente cambie de opinión... no sé, aún cuando el adolescente sea homosexual, debería apoyárseles”. E-1

“Los homosexuales venían como de 17, 18 años, más para hacer preguntas que a veces eran un poco incómodas, o sea sobre relaciones sexuales”. E- 2

“Me dijo “yo soy homosexual pero no quiero que se entere el resto”, no quería que se enteren, “yo quiero ser sincero... yo de niño fui violado por mi tío”, como que él adquirió esto porque de niño lo violaron, había como cierta duda en él “soy o no soy homosexual” pero ya tenía relaciones homosexuales... considero que psicológicamente ya está afectado... respeto su opción porque no puedo decir “está mal”... creo que la gran mayoría es por traumas y lo he comprobado con varias personas”. E-4

“Claro, es un poco de decepción, porque lo ideal sería que sea hombre o mujer, también me daría lástima, me daría pena porque de hecho han habido causas. Si está ahí lo único que se podría hacer es ayudar pero en el fondo no me gustaría... en el caso de que se sienta feliz pienso que nada se puede hacer, simplemente apoyarle, no darle la espalda como todo el mundo lo hace... Normal no, no lo considero normal”. E- 12

La presencia en la consulta de homosexualidad es motivo de incomodidad y perturbación para el proveedor, a pesar de manifestar que respetan la opción y lo reconocen como un derecho sexual de los adolescentes.

“Una vez vinieron dos chicos. Total a mi nunca me sorprende, porque como siempre vienen en grupo y vinieron a preguntarme del condón les expliqué, les dije: “¿qué tal... qué método les gustaría utilizar... a qué vienen chicos?” y de repente... bueno yo siempre he estado acostumbrada a que vengan parejas entre chicos y chicas y les dije: “sí, perfecto, me parece que está muy bien, que vengan y cuiden a sus enamoradas ” ...metí la pata creo... pero...que tanto me iba a imaginar cuando me dijeron: “es que la pareja somos nosotros dos”, respondí “aah ya chicos”. Claro pero yo creo que metí la pata ja... otra vez... estaba

avergonzada...porque yo me estaba imaginando otra clase de relaciones, yo creí que estaban viniendo a preguntarme por sus enamoradas y la pareja eran ellos, me sentí avergonzada traté de que no se dieran cuenta”. **E-5**

“¿Homosexualidad? Es su opción, es su opción!, para mí es un paciente sea mujer o varón. Esa es su opción, lo quiso, “querrá pues”, ese es su problema, no es mi problema”. **E-7**

“La homosexualidad se debe aceptar como es y nosotros aceptarla así, porque en estos tiempos ya no podemos espantarnos de los homosexuales... la mayoría, no acepta la homosexualidad como opción de la persona, hay cierto rechazo, en sitios como Cusco, Puno, pero en Lima y Arequipa ya es diferente, pero si vienen a mi consultorio yo los atendería normalmente”. **E-8**

“La verdad, no he tenido muchos casos, no tengo ningún problema con las minorías sexuales, no tengo ningún problema, si viene algún paciente... él ha elegido eso, bueno ellos han elegido eso... recuerdo una vez cuando trabajaba vino a consulta un homosexual, conversamos... seguramente escuche cosas que no había escuchado nunca, lo tomé con cierta tranquilidad, de lo más normal porque pienso que mientras la pareja este de acuerdo, sea varón u homosexual, todo está bien”. **E-9**

“No, pero me parece que todavía tengo ciertos tabúes sobre ello... me da cierta cosa, creo que todavía no acepto mucho eso, por ejemplo el otro día vi que dos chicas se besaron en la calle y dije creo que estoy pensando mal, pero como que me da cierta cosa. Sí, todavía no he superado, creo que debo aprender a superar esa parte, porque nosotros trabajamos con algo tan delicado, donde influyen mucho nuestras emociones, sentimientos y hasta nuestro comportamiento. Al hacer esto estaría perturbando a los jóvenes y estaría yendo contra sus derechos, incluso así sean homosexuales, pero creo que no me siento preparada todavía, pero si vienen a la consulta tendría que controlar mis emociones”. **E-10**

Muchos proveedores refieren que los adolescentes homosexuales están sometidos a diferentes riesgos, por lo que en la consejería intentan persuadirlos, de la opción sexual adoptada, en algunos casos lo relacionan con el “comercio sexual”.

“En ese rato me siento mal...porque un buen muchacho lleno de vida...perdiendo su tiempo... a veces yo trato de incentivar a que deje la homosexualidad, porque hay mayor riesgo, las ETS, el SIDA... él puede hacer una buena familia, ser feliz con una pareja... entonces yo de preferencia les digo que vuelvan a la normalidad, que dejen la homosexualidad, las drogas, el alcohol, si él toma esa decisión que lo haga pero con una sola pareja, se sabe que muchos se están dedicando a este negocio... prostitución sexual entre varones, entonces el VIH está avanzando en el Perú... los chicos te cuentan “me pagan”...entonces lo hacen por el pago, no por el placer”. **E-11**

“Yo soy cristiana, católica... mis principios espirituales, considero que Dios ha creado al hombre - hombre y a la mujer – mujer, ahora con eso no quiero decir que por el hecho de existir personas que son homosexuales, yo las tenga que marginar o las voy a tratar mal, no es así, no se trata de marginarlos ni de menospreciarlos se trata más bien de ayudarlos... que reciban ayuda psicológica para ver su problema y si finalmente deciden seguir con su opción que lo hagan”. **E- 4**

Existe discriminación de género con respecto a la homosexualidad, los proveedores refieren que “aceptan” la homosexualidad masculina, pero le es muy difícil “aceptar” la homosexualidad femenina.

“Se me hace más aceptable el hecho de ver a dos varones, que a dos mujeres... es que son dos mujeres, no se porque, no se, no se, lo he visto alguna vez pero creo que a raíz de eso como que me golpeó tanto que no podía creerlo porque yo tenía una concepción de varón y mujer... como que todavía un poco me afecta y de hecho que no digo que esté mal pero se me hace más difícil concebir esto que en el caso de dos varones”. **E-5**

“Es un poco raro también, mujeres con mujeres, lo vemos un poco extraño, como homosexual varón con varón, pero como mujer pienso que nosotras mismas nos discriminamos... “¡mujer! cómo va ser eso”... tenemos esa tendencia las mujeres a no aceptar... es un poco mas normal que sea varón con varón”. **E - 12**

5.5. Virginidad

Con respecto a la virginidad hay una aseveración de que ahora ya no está tan valorada como antes, que los tiempos han cambiado, que es una decisión de ellas, pero se deja entrever en los discursos un juzgamiento (“bueno viene de hogar”).

“Yo no considero que una mujer tenga que llegar virgen al matrimonio, no sabemos en que momento se separarán. Si ella siente que debe estar con su pareja y quiere hacerlo puede hacerlo, es su decisión es su derecho, eso no va hacer de su relación ni menos ni más ni nada”. **E-4**

“Hay todavía una cantidad de personas que llegan virgen al matrimonio como antes, es cierto que otras no pero no podemos decir que todas no llegan vírgenes al matrimonio ahora. Yo pienso que sí llegan vírgenes al matrimonio, bueno lo de la virginidad viene de hogar, a veces se le pregunta sobre sus relaciones sexuales, a veces le preguntas “por qué lo hiciste” y ellas te responden “porque lo quiero” porque para ellas como para nosotros el primer enamorado es lo máximo, el único y el último de repente, cuando dicen “sí, voy a tener relaciones porque lo quiero” y luego regresan y le dices “sigues con el chico”, ellas te responden “no”... ¿has tenido relaciones? le preguntas, “sí”, te responden con una naturalidad de que es una cosa normal, en cambio en aquellos tiempos que ibas a responder así”. **E-8**

“No creo que sea tan importante como antes, que te tienes que casar y llegar virgen al matrimonio, no creo que sea importante. Pienso que tampoco sería importante para los chicos ni para las chicas, en ese sentido los jóvenes están más abiertos, no ven ahora si eres virgen o no. No les preocupa eso, finalmente si la persona con la que están demuestra que es responsable y vale la pena, entonces la relación se mantendrá”. **E-9**

5.6. Mitos

Se han identificado muchos mitos y creencias que tienen tanto los adolescentes como los proveedores con respecto al ejercicio de la sexualidad de este grupo.

Por ejemplo la asociación de la masturbación con la locura, que la primera relación sexual de la adolescente nunca va a producir un embarazo. Hay desconocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual, lo que crea en ellos, al igual que en los adultos, falsas creencias sobre su tratamiento.

Así mismo el proveedor tiene ciertos prejuicios en referencia al credo profesado por los adolescentes.

“Preguntan acerca del tema de la masturbación: “¿señorita y si me masturbo me voy a volver loco?, ¿me voy a enfermar?” yo les digo “son cosas que han escuchado, ustedes qué creen, es cierto o es falso”. Hay otros que creen que al tener una primera relación no van a quedar embarazadas, esa es otra creencia, otro mito... entonces tratamos más que todo borrar totalmente las dudas de los chicos”. **E- 5**

“Tienen sus relaciones y a veces les dices “¿has usado algún método anticonceptivo?” “No” “pero, ¿estabas informada?”, “Si” , saben de los métodos pero de repente no los tenían a su alcance, no tenían medios económicos para comprarse o ellas se creían inmunes al embarazo. Se creen inmunes, creen que cuando tienen relaciones porque son adolescentes no están expuestas a salir embarazadas, dicen “No, yo no pensaba que iba a salir”...eso creen ellas”. **E-11**

“También vienen evangélicos a que se les enseñe métodos pero de hecho que ellos sólo quieren utilizar métodos naturales, por ejemplo solamente la opción que ellos desean, cuando les quiero hablar de los demás “no, no, no solamente quiero que me hable de tales métodos” “perfecto” les digo tratando de respetar su modo de pensar. Son menos expresivos, de hecho no van a explayarse como otras personas, desde el momento en que me están diciendo soy evangelista ellos ya están poniendo sus parámetros ya me están empezando a hablar de otra manera. Son un poquito más cerrados”. **E-5**

“Tanta es la ignorancia que le dijeron “se curan los descensos tomándote el papanicolaou” entonces vinieron por el descenso, casi la mayoría de las personas creen que la toma del papanicolaou cura los descensos. Viene por el Papanicolaou, les digo “esto es una gonorrea qué ha pasado””. **E-7**

Es común que los proveedores al igual que muchas personas de nuestra región tengan un prejuicio sobre el lugar de procedencia de la adolescente y como esto va a incidir en su vida sexual activa.

“Si, si, si claro que sí, por ejemplo las chicas de Quillabamba una zona cálida son muy distintas por ejemplo de una chica de Chumbivilcas que son más conservadoras... pero aquí en la misma ciudad como te decía hay también diferencias, es muy distinto una chica de San Jerónimo o San Sebastián, a una chica que está viviendo o frecuenta las zonas turísticas del Cusco, por ejemplo Procuradores, tú ves una chica en Procuradores esa es una uff, como quien dice una chica fácil, pero si tu ves a una chica por decir de la margen derecha que todos los domingos va a su culto evangélico, pues ella jamás, ni siquiera va a pisar procuradores o va a saber lo que es una discoteca. Pese a que son cusqueñas, las realidades son distintas”. **E-7**

Los proveedores refieren que muchos de los prejuicios han ido superándose, ya sea por el mismo trabajo con este grupo etareo, como lo referimos anteriormente, o por las capacitaciones recibidas.

“Antes, mucho antes, tenía ciertos prejuicios, como que el sexo no estaba bien y esas cosas. Cambie poco a poco, con el tiempo fui abriéndome un poco más a que hay muchas cosas que están cambiando, gracias a una profesora que me ha enseñado que todo está bien si la pareja lo acepta... ahora ya no pienso así, pienso diferente, hice una maestría en salud sexual y reproductiva y la maestría me hizo abrir los ojos, me abrió la perspectiva de cómo ver la realidad”. **E-9**

5.7. Sexualidad del adolescente y matrimonio

En la entrevistas los obstetras refieren que han observado en la consulta que el matrimonio no es la prioridad de los adolescentes tanto para varones como para mujeres, dicen que para este grupo etareo primero están sus metas.

Los discursos de los proveedores entran en contradicción con respecto al ejercicio de la sexualidad de los adolescentes y la responsabilidad o irresponsabilidad en cuanto a las consecuencias de esta.

“Los jóvenes no piensan en eso, no es una prioridad casarse y tener hijos, no, ni en la mujer ni en el varón. Los adolescentes no ven a futuro el matrimonio, ellos dicen yo a futuro tendré dos carreras, viajaré pero no hablan de hijos y dicen “además no voy a conocer a una sola persona”. Ya han tenido dos parejas y se cuidan, se cuidan realmente, yo siempre veo jovencitas de 19 o 20 años utilizando métodos, siendo responsables proyectándose a más cosas pero teniendo una vida sexual activa. Nunca me hablan de matrimonio”. **E-9**

“Ah... los adolescentes, ellos ven primero la convivencia, “después ya el amarre” dicen, así dicen ...ja ja”. **E 1**

5.8. Consejería en ejercicio sexual

La consejería sobre el ejercicio de la sexualidad está básicamente orientada a absolver las dudas notándose en algunos proveedores cierta incomodidad para tratar temas como placer, orgasmo, abordándolos sólo si el usuario lo solicita.

Se expresa que se debe tener mucho cuidado en mostrar admiración o juzgar cuando se realiza la consejería, el tema de la responsabilidad es primordial, sobre todo porque esto impediría el cumplimiento de sus metas futuras, siempre el consejo es que aplacen el inicio de su vida sexual activa.

“Nosotros no tenemos que sorprendernos, ni mostrar admiración, sino simplemente tenemos que explicarle que significan las relaciones sexuales tanto para adultos como para adolescentes. Es un acuerdo mutuo lo que podemos hacer en una relación sexual, tiene que ser de voluntad propia, no porque alguien me este presionando o mi pareja me este exigiendo y en ese sentido la respuesta a un adolescente es la misma: si se siente bien con su pareja y la conversación para una relación sexual determinada y si está de acuerdo no hay nada malo”. **E-2**

“Le diría cuales serían las desventajas de tener una relación sexual a temprana edad pero de todas maneras si ellos deciden lo van a hacer así tú les digas que no. Lo van hacer sabiéndolo tú o no, entonces antes de que ocurra esto mejor es decirles: tú has tomado la decisión de tener una relación sexual entonces protégete, usa tu condón. Qué otra cosa podríamos hacer”. **E-8**

“Hablo también de ciertas marcas de condones que aumentan el placer, hay métodos anticonceptivos como los condones, que tienen ciertas características que por la fricción que tienen en las relaciones sexuales aumentan el placer, hablo también de juegos sexuales previos, porque no es sólo ir y tener relaciones sexuales, de zonas erógenas, de masturbación... prefiero que el joven sienta una confianza tal en la que se pueda soltar... como hay muchos jóvenes abiertos, hay otros que vienen y te preguntan temas específicos y a veces le tocas temas que puedan herir su susceptibilidad (placer, masturbación)... he conversado mucho con ellos y ellos vienen a preguntarme algo y sólo eso quieren saber y se muestra cerrados en toda la conversación. Hay jóvenes que se esfuerzan totalmente, te preguntan una cosa y otra, no hablamos mucho de su sexualidad, pero a veces pienso que se debe saber hasta cómo preguntar, por que pienso que si no me lo han dicho probablemente no se sientan cómodos, pero definitivamente hay personas que no quieren decirte más de lo que ya te dijeron”. **E-9**

“En la iniciación sexual los jóvenes no tienen claro, como ha sido la primera vez ellas no tienen entendido si fue o no una relación sexual, y menos un orgasmo... luego en la consulta se le va hablando que para una relación sexual tiene que haber penetración, un juego sexual previo, le hablas del orgasmo porque la relación sexual es más que la penetración. Ellas te dicen: “yo no se lo que pasó”, pero están preocupadas, quieren tomar el Postinor, porque además en la primera relación sexual no están pensando en eso, les preocupa el embarazo, piensan en algo que les podría transmitir, están pensando en que les va doler o no”. **E-9**

Cuando en la consulta el adolescente pregunta sobre el ejercicio de la sexualidad se limita, pensando que podría ser juzgado como que ha tenido ya experiencia sexual.

“Y están bien atentas, todo me preguntan, a veces me preguntan “¿qué te parece si yo haría esto con mi pareja? ¿no crees que me va a juzgar? ¿qué va a decir?... ay ésta es una recorrida, ¿qué hago?”. Tratas de conversar”. **E-5**

6. REPRESENTACIONES SOBRE EL SERVICIO A BRINDAR EN SALUD

6.1. Características del servicio de salud reproductiva para adolescentes

La mayoría de proveedores declara su preferencia por el trabajo con adolescentes y la mejor interacción en el proceso de aprendizaje y el

conocimiento de su vulnerabilidad y problemática, aunque uno que otro expresa su incomodidad con la idea.

“Me encanta trabajar con adolescentes porque están aprendiendo y yo aprendo mucho de ellos, cuando se trata de adultos como que ya están más formados y son reacios a muchas cosas, tienen prejuicios, es más difícil trabajar...no voy a preguntar, por ejemplo, de sexo oral a una persona adulta igual que a un adolescente, siento que va a haber más confianza con los chicos”. **E-5**

“Escogí trabajar con el grupo de adultas porque ellas ya están informadas, ya están en programas, ya saben las bondades del programa de PF y vienen normalmente para recibir sus insumos, en cambio las adolescentes son un grupo que falta trabajar, tienen más dificultades, son más vulnerables...al que debemos llegar como ministerio”. **E -11**

“No, me gusta el trabajo con adolescentes, cuando yo tengo pacientes adolescentes no sé si será adecuado o no pero siempre me acerco a ellas para conversar primero sobre la lactancia y luego doy la orientación siempre...no sé si estará bien lo que hago”. **E-2**

“No me gusta, porque no estoy en esas condiciones, no estoy hecho para trabajar con jóvenes”. **E-7**

6.1.1. Horario y tiempo de consulta

El tiempo que se asigna a la atención del adolescente es en promedio 20 a 30 minutos, si bien ellos piensan que ésta no debe ser limitada por normas, sino de acuerdo a las necesidades que presenta el joven, las mismas que no siempre corresponden a enfermedades físicas, sino frecuentemente son inquietudes e inseguridades que ellos tienen. Así mismo refieren que el horario de atención debe ser en horas de mayor accesibilidad para los jóvenes.

“El servicio de adolescente tiene que tener un tiempo especial no se puede decir yo atiendo tantas personas por hora, tienen por ejemplo cita a determinadas horas, para que el adolescente pueda ir debemos cumplir con ese horario y debemos dar un tiempo más de lo que las normas determinan para atención, no verlo sólo como paciente porque muchas veces no va por enfermedad sino va simplemente a consultar inquietudes”. **E-2**

“Uno tiene que tener paciencia, escucharlos, conversar y eso implica un tiempo, no es como la consulta donde estamos con un paciente que atendemos y tenemos que cumplir con un horario estricto, pero eso en el caso de los adolescentes implica tener que escucharlos, ayudarlos y no se puede poner horario”. **E-4**

“Si es para consejería a veces media hora o una hora, dependiendo de las necesidades”. **E-4**

“Es variable, depende, si veo que nadie me está esperando, le puedo dedicar muchísimo tiempo, pero si hay pacientes corto ahí la consejería, es variable el tiempo que dedico a la consejería. El tiempo es un limitante”. **E-9**

6.1.2. Ambientación

Con respecto al ambiente de atención, los proveedores coinciden en resaltar la necesidad de ambientes separados de la consulta general y de atención exclusiva para los jóvenes. Idealizan un ambiente de colores, con buena iluminación y afiches preferentemente con figuras acorde a la realidad regional, se habla también de afiches de sus artistas preferidos, música y equipos audiovisuales para el apoyo durante la espera y la consejería. Además coinciden en su descontento con el ambiente en el que realizan sus labores, atribuyendo a la presencia del escritorio un simbolismo de frialdad y poder, que no permite establecer un ambiente cordial.

“Debe ser un ambiente juvenil, digamos... en los colores, la música adecuados, por ejemplo tenemos un CD para dar charlas... la atención tendría que ser en otro ambiente... vendrían mucho más adolescentes”. **E-3**

“Debe haber un ambiente exclusivo para adolescentes, lejos de los ambientes de atención para nos ser vistos, porque ellos no quieren ser criticados por el personal de salud, los vecinos o las personas mayores”. **E-1**

“Empezando por la infraestructura, si vamos a hablar de consejería, tenemos que pensar que no debería ser en un ambiente frío con un escritorio, todo rígido y formal, sino que tiene que ser un ambiente donde el adolescente pueda identificarse, inclusive considero que pueda tener afiches no serios, sino de algún grupo musical, algo que les llame la atención, que les agrade el ambiente...” **E-2**

“El ambiente debe ser acogedor, como para los jóvenes, este es un ambiente muy tétrico, no estoy de acuerdo con este ambiente... me gustaría que fuera más iluminado, que tenga ventanas que se yo, pero he tratado de acomodarlo de alguna forma... primero que tenga un ambiente separado para atención clínica de pacientes, un lavatorio para lavarse las manos, lo he arreglado como una salita para atender a los jóvenes, sin escritorio sino como una salita donde no haya una separación, donde no se sienta una barrera. Tener un televisor, un equipo audiovisual para pasarles videos mientras los jóvenes están esperando, con bibliografía sobre adolescentes”. **E-4**

“Claro, yo creo que de hecho el ambiente tiene que ser algo muy llamativo, a los jóvenes les encanta todo lo que sea muy colorido, muy diferente”. **E-5**

“El consultorio diferenciado debería ser ambientado sin escritorio, porque eso impide la relación de conversación, debería tener unos tres sofás, una mesita de centro como si estuvieran en el hogar para que se muestre así más confianza y se pueda dialogar. También debe tener colores alegres, vivos, un cuadro quizás, música con artistas que les gustan a los adolescentes. Debe contar con un equipo de música para que el adolescente sienta que está en su medio, donde a él le gusta estar”. **E-8**

“Los afiches que sean dibujos de jóvenes, que estén de acuerdo a la realidad del Cusco, por que hay afiches en lo que tu vez jóvenes de ojos verdes, que no son netos de acá, que sean jóvenes representativos”. **E-9**

“El ambiente no es privado, no es confidencial, ahí está el personal de apoyo y a veces la adolescente ya no se explaya, entonces le digo que salga un ratito al practicante, recién habla.” **E-6**

“Material logístico. Es necesario un video que te ayuda un poco más, no sólo hablar con ellos, por ejemplo, si voy a hablar de masturbación por lo menos tendría que tener una maqueta, para que ellos sepan en anatomía cuál es su zona erógena, el clítoris, eso me ayudaría”. E-9

6.1.3. Afluencia de adolescentes a los servicios

Se brinda atención de acuerdo a la demanda que es variable y más acentuada en temporada escolar, el motivo de consulta es como habíamos mencionado: control pre-natal, planificación familiar y ITS prioritariamente, además de la consejería en salud sexual y reproductiva. Existe un trabajo coordinado con los centros educativos de la jurisdicción.

“Hay días que pueden haber 5,6 o 10 consultas, otros 2 o 3, es variable. En la temporada escolar es cuando hay más, ahora que estamos en vacaciones se ha reducido.... pero están viniendo los pacientes, tenemos un registro y están de 4 a 8 consultas. Durante el tiempo de labores escolares es más porque se programan otras actividades... fuera de la atención de lo que es consulta en general se coordina con los centros educativos para la atención integral, por ello hay bastantes pacientes, porque tenemos que atender salón por salón. Son entre 30 a 35 alumnos a partir de las 3 o 4 de la tarde. E-4

6.1.4. Edad del adolescente que acude al servicio

La edad en que fluctúan los adolescentes que acuden a consulta es entre 16 a 17 años, siendo poco frecuente la asistencia de adolescentes entre 10 y 15 años, también acuden en grupo para resolver tareas encomendadas en el colegio y para absolver algunas interrogantes que les despierta la propaganda en los diferentes medios.

“Son de 16, de 15 y hasta de 14 años, son colegialas de institutos mixtos, ósea de colegios mixtos, entran por grupos. Hoy día nos tocan mujeres, otro día varones, cuando vienen las chicas, los varones vienen sólo a pedir información, no hay atención”. E-1

“Vienen más grandes, desde 16 a 17 años, no vienen de 10, 12,14, ni de 15 años, osea no hay ese tipo de pacientes. En lo que respecta a los jóvenes, aquí en el servicio hay pacientes que han dado a luz desde los 13 o 15 años, quiere decir que se han iniciado mucho antes”. E-7

“Como te decía muy pocas vienen menores de 15 o 16 años, las que vienen ya vienen gestando y las pocas que vienen a consultar que son ya de 17,18 o 19 años vienen impulsadas más que todo por la curiosidad o por la propaganda, quieren saber o es que han tenido algún problema previo y vienen a que se les aclare. Como es un servicio general cuando están haciendo todos los trámites tienen vergüenza y se retiran”. E-7

“La de menor edad que ha concurrido es de 14 años de edad y la mayoría es de 16 a 19 años. A veces vienen en pareja, conversan los dos y eligen el método, a veces vienen solitos o solitas por los preservativos”. **E-8**

“Los adolescentes de los colegios querían entrar de 2 en 2 o de 3 o de 4 para consultar pero cuando entran en grupo no se puede hacer nada... ya empieza la informalidad entre ellos, se molestan, tienen vergüenza, no se puede trabajar bien. Mejor es individualmente pero lo bueno es que en grupo tienen más fuerza para enfrentar el problema, cosa que individualmente no, en grupo son más chacoteros”. **E-12**

6.1.5. Percepciones sobre la conducta del adolescente en la atención

Afirman que cuando el adolescente consulta no suele ser sincero en cuanto a su actividad sexual y el origen de la sintomatología que presenta. Coinciden en interpretar que el temor a ser visto por familiares o conocidos, limita su asistencia a los servicios, máxime si no son de carácter exclusivo para ellos.

“Primero van con mentiritas... las mujercitas dicen “mi menstruación me viene dos veces al mes o me ha venido a los 13 años después de 6 meses se suspendió, después a los 14 volvió a venirme”. Voy indagando como es su menstruación”. **E-6**

“Uno les quiere hacer un examen y dicen “no yo nunca he tenido relaciones”. A veces se cierran, cuando ya se les conversa cuentan que han tenido sólo una vez relaciones sexuales”. **E-12**

“Porque la mayoría de los jóvenes tiene miedo de entrar al hospital, primero tienen temor a que los vean, “me están viendo” temor de encontrarse con alguien que sea conocido, con un familiar. Ese es su temor y lo otro es que siempre tiene miedo a que lo vayan a tratar mal”. **E-4**

6.1.6. Expectativas de los adolescente

Manifiestan que la expectativa del adolescente cuando acude a los servicios es hallar a un proveedor capacitado que satisfaga sus inquietudes e interrogantes, lo que nuevamente pone en relieve la importancia de que el profesional que los atiende este perfectamente actualizado, sensibilizado e identificado con el trabajo.

“Primero que les brinden una buena información, ellos van por eso y tratan de indagar, de sacarte hasta el máximo, tú les das una información y preguntan “y por qué y por qué?”, “¿tú por qué crees?”, “¿tú lo has usado?” “sí, no me digas”. Empiezan con eso, son personas que tienden a exprimirte con la información y eso es lindo, ¿no? se les ve que tienen ganas de saber y de aprender”. **E-5**

“No sé si tienen dudas, quieren salir con las dudas totalmente dilucidadas. Se lo que tengo que hacer, resolver sus dudas, tener un manejo adecuado de determinados temas, por ejemplo si viene por métodos anticonceptivos saber que hay una gama de métodos, y que sepan cuando iniciarlos cuando usarlos y cuando terminarlos. En salud sexual y reproductiva creo que es básicamente eso, que ellos

puedan volver cuando quieran, que sepan que siempre vas a estar ahí, que siempre te van a encontrar para absolver sus interrogantes”. **E-9**

6.1.7. Atenciones que se brindan en la consulta

En el servicio de atención al adolescente se brinda como prioridad la consejería en salud sexual y reproductiva. También se atiende consultas de carácter clínico como toma de secreción vaginal (infecciones de transmisión sexual), papanicolaou, descarte de embarazo, dotación de métodos de planificación familiar y en los hospitales y algunos centros de salud atención del parto.

“No tenemos servicios diferenciados, atendemos partos, ni siquiera control prenatal, sino atención de parto, casi nada de consejería en planificación familiar o salud reproductiva, más acuden de frente a la atención de parto. No sé si en los centros y puestos de salud hacen el control pre natal o es que muchas veces ya vienen de frente al hospital a dar a luz”. **E-2**

“Se está atendiendo sobre todo lo que es consejería y papanicolaou y lo estamos haciendo porque ahora se está tomando gratuitamente Papanicolaou y se diagnostica el embarazo precoz”. **E-4**

“Les orientamos, tenemos que hablarles sobre las enfermedades de transmisión sexual y de todas maneras decirles que no es correcto que vayan a esos lugares (prostíbulos) porque corren riesgos ya que no saben si esas personas están siendo controladas o no y eso también les hace correr el riesgo de contraer una ETS... inclusive eso les lleva a que se hagan sus exámenes VDRL, VIH descarte”. **E-4**

“Trabajamos con un laboratorio, también realizamos algunos exámenes, hacemos test de embarazo, que también es una de las preocupaciones de las chicas”. **E-5**

“Si es de planificación familiar hablamos sobre los métodos, el ritmo, también sobre el caso que se presentara un embarazo en adolescentes, incluso damos orientación y consejería en enfermedades de transmisión sexual, el peligro de tener relaciones sexuales sin protección, y hasta nutrición... con esto de lo que es atención integral, el adolescente pasa por todos los consultorios, empezando por psicología, odontología, obstetricia y medicina. En el consultorio de obstetricia siempre hacemos una orientación y consejería y nos demoramos un poquito más”. **E-8**

“Generalmente me llaman cuando han tenido relaciones en sus días de peligro para la píldora de emergencia o para usar un método anticonceptivo o cuando quieren preservativos, en esos casos me llaman”. **E-11**

6.2. Limitaciones en la atención

Las limitaciones percibidas por el obstetra en relación al adolescente que va atenderse a los servicios son: los tiempos y lugares de espera, trámites administrativos aparte de los ya mencionados, como es el temor a ser vistos.

En cuanto a los proveedores, manifiestan que no existe personal exclusivo para la atención ya que laboran de manera simultánea con adultos y adolescentes.

También observan que las autoridades no se sensibilizan acerca de las necesidades y problemática de los adolescentes, hecho que se evidencia en la falta de financiamiento, contrato de personal, deficiente infraestructura y otras condiciones de los servicios.

La situación se complica porque la atención de este grupo se le encarga a profesionales con un perfil no idóneo y por la falta de coordinación con el servicio de salud sexual y reproductiva del adolescente así como por la carencia de servicios de ayuda diagnóstica en el horario de atención de los jóvenes.

“No se está haciendo trabajo con adolescentes, uno porque los profesores de los colegios no ceden tiempo de sus clases, y otro porque no quieren hacerse responsables de que el sector salud oferte métodos de planificación familiar”. **E-1**

“La autoridad no reconoce esta necesidad (trabajo con adolescentes), no podemos abordar ahora salud del escolar y del adolescente porque todos no estamos inmersos en ese trabajo. En el hospital lo hace un joven que es de capacitación, tengo entendido que es enfermero pero yo jamás lo he visto con uniforme verde, nada más trabaja en relaciones públicas y él lleva el programa de salud del niño y del adolescente”. **E-2**

“En cuanto a casos de ETS no es que no haya tenido casos, sino que en el hospital lo lleva una enfermera, la atención de nosotras está enfocada al parto y control prenatal. Imagino que allí están yendo casos, tal vez muchos, pero donde nosotros (obstetras) estamos no, lo que más se atiende es parto en adolescente y poco control prenatal”. **E-2**

“Hay muchas cosas que no puedo hacer, tengo limitaciones y eso no cubre todas las expectativas que yo tengo. Hay muchas limitaciones, por ejemplo, el no poder tomar una muestra de secreción vaginal, vienen jóvenes con ese problema y tienen temor de tener una enfermedad de transmisión sexual pero no puedo hacer el diagnóstico porque no tengo los recursos de laboratorio”. **E-4**

“Posiblemente el hecho de que aquí tengan que sacar una historia los limita... a veces la atención es aquí, no se saca historia justamente para evitar que tengan que ir a estadística y todo eso. Otra limitación es que no los dirijan bien al consultorio, otra es que no haya personal exclusivo para que los atienda”. **E-4**

“Al Hosp. Regional vienen muy pocos adolescentes y los pocos que vienen pasan por una serie de problemas en la parte administrativa como es el formar cola, sacar la historia clínica, esperar a que les llamen y mezclarse con las personas mayores”. **E-7**

“No vienen muchos adolescentes a nuestra consulta, quizás porque no tenemos el consultorio diferenciado, la afluencia de pacientes es bastante y el personal que trabaja en obstetricia es una sola persona en un turno. Es un solo consultorio que atiende lo que es planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, ginecología y control de embarazo, a veces van los chicos ven que está lleno y se van, sería muy diferente si existiera el consultorio diferenciado entonces los adolescentes irían directamente allí”. **E-8**

6.3. Características del proveedor

Dentro de las características deseadas y mencionadas por los mismos proveedores tenemos: amable, empático, poseedor de principios, respetable, que sea un profesional capacitado. Que preferentemente sea joven y de sexo femenino.

En cuanto al trato debe ser una persona alegre, amena, respetuosa de la confidencialidad de la consulta y dotada de mucha paciencia, así mismo recomiendan hablar en términos sencillos que puedan ser entendidos por los adolescentes.

“Debería tener cualidades, primeramente dar un tiempo más de lo que acostumbramos, porque al adolescente debe dársele más tiempo; en segundo lugar, podría ser que la persona que los trate sea una persona que tenga aceptación y un carácter así como el del adolescente, alegre, risueña, con una buena empatía, porque si vamos a tener una persona muy seria o muy drástica el adolescente jamás va a ir a consultar algo”. **E-8**

“Que tenga conocimiento, la información es necesaria en todo sentido, tendría que ser una persona cabal, a lo mejor respetable, con principios y dejar de lado todos sus prejuicios que pudieran estar. influenciando la consulta, por ejemplo la religión que es muy juzgadora... podría ser joven, porque los jóvenes se acercan un poco más a sus pares... que sea mujer, todos sabemos que se busca más a la mujer porque tiene más paciencia”. **E-3**

“El varón va a buscar más al varón porque piensa que van a hablar cosas de hombres, pero pienso que más confianza tienen en una mujer... que sea una persona amable, que de confianza. Hay personas que tienen carisma para inmediatamente contactar, estrechar con el paciente”. **E 12.**

“Que les brindes mucha confianza, que el tipo de lenguaje que utilices pueda llegar más a ellos y que no sea muy rebuscado, que sea más sencillo”. **E-5**

“La persona que atiende al adolescente no tiene que ser para nada aburrida, porque ellos tienen muchas inquietudes y si nosotros vamos a limitarnos a que vino un día por una pregunta y sólo le contestamos esa pregunta cortamos toda relación con el adolescente. La persona tiene que tener mucha paciencia”. **E-2**

“No tanto que sea joven o no, principalmente que sea una persona carismática y que tenga conocimiento para poder informar, porque si uno es carismática pero no tiene nada que dar, qué van a aprender”. **E-5**

“La edad no es una limitante, creo que depende mucho del carisma y la empatía de las colegas, porque son cualidades que se van trabajando”. **E-10**

6.4. Sobre capacitación

En las entrevistas los proveedores obstetras reconocen que las curriculas de estudio en las universidades no están actualizadas y que es necesario incorporar conocimientos sobre comunicación, violencia, habilidades para la consejería,

evolución física, psicológica y biológica del adolescente, mencionando que a menudo en las consultas se guían por la experiencia lo cual no siempre es lo mejor y que el proveedor debe estar en constante capacitación.

“Debería haber una capacitación especial porque es un grupo muy importante con el cual se está trabajando y debería capacitarse exclusivamente acerca de ellos, en cuanto a la comunicación activa, lograr que participen de una conversación amena, ese es el manejo que debería haber con los adolescentes, teniendo en cuenta el lenguaje a utilizar”. **E-5**

“Leer un poco más sobre los adolescentes, a veces mucho te guías por tu experiencia... de hecho es más satisfactorio cuando sabes más, investigas, estás feliz porque puedes brindarles mejores cosas a los chicos”. **E-5**

“Primerísimo las currículas no están adaptadas, son currículas totalmente atrasadas, no tienen una formación orientada para eso”. **E-7**

“Otra característica que debería tener es el conocimiento de qué es el adolescente por qué etapas pasa... se necesita capacitaciones en lo que es adolescente, porque cuando se trabaja en salud nunca se queda ahí siempre está cambiando y se va avanzando. Siempre hay cosas nuevas”. **E-8**

“Como he visto bastantes casos de violencia, me gustaría capacitarme más en ese tema, porque si bien es cierto puedo brindarles el apoyo pero quisiera saber más. Que feo, a veces me siento tan impotente...es difícil”. **E-5**

6.5. Momentos de apuro para el proveedor

Los proveedores comentan que en la consulta y las capacitaciones, hay momentos en que se sienten limitados en su capacidad de reacción ante diferentes preguntas y comentarios del adolescente, sobre todo en temas considerados generalmente “tabú” y aquellos que tocan su experiencia personal. Piensan que el propósito de los jóvenes es ponerlos en aprietos, sobre todo cuando están en grupo.

“Eran jóvenes del colegio y empezamos a conversar de varios temas, pero había uno de ellos que era el más hablador que quería sobresalir entre todos ellos y empezó a preguntar, en un momento me dijo “señorita y usted tiene sus novio” si, le dije tengo mi novio claro, “usted me gusta” me dice y yo pensé ¿qué me está pasando?, ¿cómo reacciono frente a esto?, él lo está haciendo por molestar para hacerme sonrojar... yo creo que para ver si yo me sentía avergonzada. Eso lo hacen solamente para hacernos avergonzar”. **E-4**

“Hace un mes vino un grupo de jóvenes pidiendo consejería, eran algo seis chicos varones, estábamos hablando y empezaron con lo que era masturbación, yo les hablaba, todo lo que ellos preguntaban yo respondía y en eso, uno me dijo, “¿señorita y usted se masturba?”, yo me quedé un poquito confundida, habrán sido unos segundos no sé, en los que yo me quedé fría, no sabía que responder, pero luego reaccione”. **E-4**

“Una vez me pregunto uno de los chicos si tenían que ponerse el condón los dos, allí entendí que eran pues pareja (homosexuales) al comienzo me sentí (sonríe) un poco incomoda pero luego tuve que abordar el tema de los riesgos que tenían, me sentí un poco incomoda porque la pregunta era muy directa pero en la capacitación que tuve en consejería en adolescentes justamente nos enseñaron a tener habilidades para los momentos difíciles en una consejería, dentro de esos momentos difíciles están ese tipo de preguntas”. **E-2**

“Los primeros dos meses que trabajaba se me hacía un poco difícil atender a grupos, como recién estas accediendo a hablar con los varones se me hacía un poco difícil. Venían cinco, seis chicos y empezaban a hablar, “señorita hemos venido a hablar de masturbación puede usted decirnos si es normal” y así ...”Si es normal chicos”, les respondía. “Dime, tú te has masturbado?” me preguntaban, y yo respondía “bueno, claro que si lo he hecho” de repente no lo había hecho pero de algún modo para hacerles sentir cómodos, que pudieran hablar, he tenido que hacer eso y en algún momento si me he sentido un poco incómoda”. **E-5**

“Hay momentos por ejemplo que siento que no puedo hacer ese tipo de consultas...siempre es un tabú, me queda todavía un tabú para decir la verdad y les digo mejor pasé con el psicólogo”. **E-11**

6.6. Estrategias propuestas

Proponen una gama variada de estrategias en la cual incluyen la formación de pares, equipos de trabajo y capacitación de la madre como ente replicador al interior de la familia, igualmente proponen una capacitación dirigida a tocar los problemas prioritarios percibidos por el proveedor basándose en los indicadores de salud reproductiva y diagnósticos elaborados en sus jurisdicciones, esto preferentemente en forma grupal, lúdica haciendo uso de la música, teatro, clown.

También proponen la creación de páginas Web para absolver consultas de los adolescentes, así como contar con mapas y radares en sus zonas de trabajo para evidenciar que grupos son los que más acuden a consultar, por colegios, por servicios y por sexo.

“Aprovecharía más bien incorporar a los dos para una información me gustaría aprovechar a ambos, para una atención sería personalizada pero para información a ambos”. **E-1**

“Me estoy preparando en esto de los adolescentes, algo de fruto tendrá, me siento satisfecha porque directamente trabajo con las mamás, para que ellas trabajen con sus hijos, les pregunto cuántos años tienen tus hijos y creo que indirectamente también llegaría a los adolescentes. En las capacitaciones, primero los escucharía y después haría las preguntas, si el tema no llega a ser enfocado, escucharía sus respuestas y haría unas definiciones para demarcar lo que debería ser la conducta de la sexualidad”. **E-1**

“Lo que empezamos a hacer es juntarlos, reunir un grupo de chicos que nos ayude a trabajar, porque es más fácil que un adolescente trabaje o hable con otro adolescente con el que se pueda comunicar, si bien yo les puedo dar toda la confianza, todo lo que ellos deseen, pero de todas maneras siempre hay una imagen de ser el adulto y no se van abrir tanto como uno lo desea, en cambio si hay un adolescente como él, tiene mayor aceptabilidad. Trabajamos con chicos, tenemos un grupo de voluntarios los cuales captan pacientes, con ellos también hacemos campañas, se les capacita para que puedan hacerlas... la otra estrategia, sería crear una página Web a la que los chicos podrían acceder, porque de repente no todos, estando contigo en vivo y directo, se van abrir igual, porque cada persona es diferente... cuando trabajamos con chicos voluntarios hacemos, charlas, teatro, clown, donde se demuestran problemas con sociodramas, ellos captan y como es gracioso les agrada bastante”. **E-5**

“No depende sólo de la persona que trabaja en el consultorio sino de todo un equipo que debe estar involucrado también en la captación de adolescentes”. **E-4**

“Tengo mi pequeño mapa de toda la universidad, la ubicación de cada facultad y con un radar para que vean de que facultad vienen más “chicos les están ganando” les digo “de tu facultad no están viniendo”, “considéreme por diez, considéreme por diez porque de acá voy a contar a diez que vengan” dicen, “ya, ya, entonces allí está mi radar”. **E-5**

“Nosotros deberíamos trabajar en brindar información en los colegios, porque no hay un servicio donde la obstetriz pueda hablar de estos temas. Ahora en el Cusco hay tantas colegas que podrían trabajar en colegios, los adolescentes saldrían más preparados en estos temas, no tendrían muchas dudas y después no habrían tantos embarazos en adolescentes”. **E-9**

“Pienso que una estrategia también es que jóvenes como ellos deberíamos trabajaran con otros jóvenes para que capten mejor el mensaje y las estrategias deberían ser distintas, siempre es lo mismo de ir con un rotafolio y explicar, explicar y explicar. Pienso que los jóvenes quieren otras cosas, como participar en dinámicas de grupo, otras estrategias que no son las de antaño”. **E-9**

“Generalmente cuando hacemos charlas priorizamos algunos temas que son muy frecuentes de acuerdo a los problemas que se vienen suscitando, nos interesa bajar la tasa de embarazo, sobre todo en adolescentes, porque sabemos que la morbilidad y mortalidad es más alta en ellos, ya que es un grupo de riesgo”. **E-10**

“El año pasado hemos hecho un trabajo de investigación en 2 colegios grandes, hemos hecho una especie de tamizaje para seleccionar quienes son grupo de riesgo. En los grupos de riesgo hemos considerado quienes ya tienen enamorado, quienes han tenido experiencia sexual, cuantas parejas han tenido todo eso y a ellos les hemos citado aquí al consultorio diferenciado, para brindarles mayor atención en mayor confidencialidad, pero son pocos los que han venido. No vienen”. **E-11**

“Debemos salir a los colegios, a los institutos donde hay jóvenes, y allí instalamos un tiempo para poder ganarnos la confianza de ellos, una vez que hemos ganado su confianza recién invitarlos aquí”. **E-11**

“El ministerio de salud tanto como el de educación debe...integrar un curso en educación sexual pero con un personal de salud capacitado en pedagogía, porque los profesores no llegan como deberíamos llegar nosotros”. **E11**

7. ASPECTOS DE GENERO IDENTIFICADOS EN LOS PROVEEDORES DEL SERVICIO

7.1. Prejuicios de género

Los proveedores replican con los adolescentes los prejuicios de género, así mismo identifican las relaciones inequitativas de poder que se tejen entre ellos como las que se dan en el momento de iniciar su vida sexual activa, expresan que los adolescentes constantemente están intentando mostrar su “hombría” en competencia entre ellos.

“Que el amiguito diga quién puede con ella primero, ese comentario si hay en el servicio, entonces esa competencia entre amigos, y por ganarse a la chica es lo que los lleva al inicio de las relaciones sexuales”. E-1

En la consejería que se brinda a los adolescentes los obstetras refuerzan los roles familiares tradicionales asignados al varón, como a la mujer. En la consejería se insiste en el peso de culpabilidad que cae en la mujer que acepta una relación sexual y ella es presentada como devaluada, se expresa a los adolescentes la duda y la sanción para las chicas que aceptan tener relaciones sexuales. Estos son discursos contradictorios, establecen diferencias en los mensajes dirigidos a la adolescente y a el adolescente; a ella se le aconseja “negociar”, “hacerse respetar”, “postergar” y “no ceder” ante el pedido de “la prueba del amor”, mientras que a él cuidarse de las chicas “fáciles”, de las responsabilidades que tendrían que asumir tempranamente, respetar la decisión de la mujer “previniendo el verse involucrado” en un problema legal.

“Les digo a las chicas, hay que negociar, entonces de alguna forma aprendí en pocas palabras “dile ¡no! porque si le dices tal vez, siempre te va a molestar, me has dicho tal día ya llego el día que me dijiste, dile un no tajante, ¿por qué? por que tú estudias ,yo dependo de mis padres y tú también, no tenemos una economía” y si él te está presionando por una relación sexual, esto se los digo a las chicas, es por que no te quiere, es muy temprano, sólo te quiere perjudicar y si te quisiera entendería los argumentos que les das”. E-1

“Ustedes son los que se van a convertir en jefes de familia, tú puedes trabajar de albañil, puedes trabajar, la mujer sólo va como ama de casa, ¿te gustaría trabajar cuando puedes disfrutar todavía de tu tiempo?, y ¿te gustaría contagiarte si ella te acepta muy fácilmente (porque también hay casos en que fácilmente las chiquitas aceptan), si te ha aceptado ¿tú eres el primero para ella? y ¿qué tal si tuvo más parejas y tantas enfermedades que hay? Te vas a contagiar en la vagina de ella y bueno se quedan dudando, es el contenido que se les da... ¿crees que (mi posición les manifiesto) si te aceptan fácil una relación sexual a ésta edad crees que es una señorita?, ¿has detectado una virginidad?”. E-1

“En el caso de las mujeres, si desean tener una sexualidad activa que estén seguras de lo que piensan hacer, que no se dejen presionar por la pareja, porque muchas lo hacen por obligación no porque ellas lo deseen, en el caso de los jóvenes que entiendan que si ellas no quieren, que la respeten, que entiendan que no es el momento, que ya se va a dar, quizá mas adelante”. **E-4**

Primeramente yo le diría, si él te quiere tiene que respetarte y esperar a que todavía te desarrolles... y al varón le diría: “¿Ella cuantos años tiene? no te gustaría que a tu hermana que es jovencita igualito la malogren, qué tal esa chica todavía es virgen, que tal se queja... te ves en problemas, tienes que respetarle si tú la quieres, báñate, lee, juega futbol, deporte, tienes otros hobbies”. **E-6**

Con el propósito de persuadirlos de los embarazos no deseados y de uniones tempranas se les remarca constantemente los roles reproductivos que se les asigna a las mujeres en sus futuros hogares, haciendo énfasis en que “el varón cae parado”.

“ahora vas a tener que convivir con el papá del niño, ¿qué vas a ganar ahora? no solamente vas a lavar pañales, sino también la ropa de él, porque en nuestro medio es así, en vez de que estés amaneciendo para lactar a tu bebito, para amamantar a tu bebito, para cambiar su pañal, vas a tener que amanecerte para esperar a tu esposo si vendrá o no vendrá, si llegará sano o borracho, el joven adolescente no va a dejar de ir a sus fiestas ni de estar con sus amigos... porque esa es la idiosincrasia en nuestro medio, sería una maravilla que cambien las cosas pero el problema ya está hecho, ya hay una adolescente, un hijo y una pareja”. **E-2**

“Cuantas parejas hay de gente que se ha unido, se casaron presionados y tienen todavía la frescura de decir: “yo me he casado contigo porque me han obligado o me he juntado contigo por que me han obligado, pero yo sigo haciendo mis cosas”, eso sucede, ¿acaso los varones dicen tengo que dejar de ir a esta presentación de Rosy War (cantante), porque mi bebito tiene fiebre? la mujer sí, pero el varón no igual se va... yo he visto en adolescentes que ya han dado a luz eso. Esa es la realidad, la responsabilidad es de la mujer no del varón”. **E- 2**

“Quién pierde, más es la mujer, de repente tendría que enfatizarse más para que no inicie sus relaciones sexuales, finalmente como quien dice el varón es varón, cae parado donde sea en cambio la mujer no”. **E-8**

“Entre jovencitos se hablan, que ya es varón porque tuvo una mujer y si tiene más, se cree ya algo más también, en cierta forma se siente mas hombrecito... creo que el varón es un poquito más liberal en ese aspecto, la misma familia, la misma sociedad ha enmarcado en esto “bueno, total es varón cae parado y no pasa nada con él” es lo que piensa el común de las personas”. **E-13**

Ellos identifican en las parejas que acuden al servicio, injerencia del varón en la toma de decisiones de la mujer

“Es lo que a mí más me alegra, que el varón también participe y venga con la chica, lo que a mí me molesta a veces es que todavía siga con sus posturas machistas. ¿Cómo lo noto? le pregunto a la chica “fecha de la última regla” y quien me responde es el chico “¿te gusta tu método?” él que responde es el chico. Todavía hay eso”. **E-5**

“En caso de la mujer, he visto que hay chicas que por ejemplo son violentadas en casa por los hermanos y tiene el enamorado y ese chico como que las manipula bastante por el mismo hecho que vivimos en una sociedad tan machista y en cuanto a venir al servicio se les hace difícil o es que vienen solas o con cierto temor y para la toma de decisiones de un método tiene que intervenir el chico.” **E-5**

Observan que los roles asignados a las mujeres y varones están cambiando, que las mujeres se van empoderando poco a poco, lo cual se refleja en su comportamiento cuando acuden al consultorio.

“Creo que las relaciones van mejorando, la mujer se va empoderando, en lo poco que he visto, antes las mujeres no hablaban muy abiertamente de temas sexuales, ahora las cosas han cambiado, como que hablan muy abiertamente de estos temas. La mujer se ha empoderado, expresa abiertamente en la pareja los temas sexuales, lo que siente y lo que piensa...” **E-9**

“Yo creo que de partida hoy en día las chicas lo aceptan con mayor facilidad, no es tanto el recato ni los prejuicios de antes, hay mayor liberalidad en estos temas”. **E-13**

“Para bien, ahora dicen “No, primero soy yo... después el resto, si me quieren bien si quiere el chico, sino no...” no es como antes “Ay... no, el chico me proponía sino tengo relaciones con él, se va a ir, el mundo se acabó”, ahora no, las chicas son más despiertas, más dueñas de sí mismas”. **E- 11**

Si bien en muchos momentos de la consejería refuerzan relaciones de inequidad en aspectos de género, en otros casos plantean la necesidad de un cambio para que se establezcan relaciones más equitativas entre varones y mujeres.

“Siempre hablo de temas de género, de la igualdad en todo sentido, no hablo de que uno sea más que otro, no debería haber una inequidad, todos somos iguales... ahora las parejas se sienten parte de este rol, incluso no sólo para el control de embarazo, ahora los jóvenes vienen en pareja, en ese aspecto hemos avanzado bastante, ellos les acompañan para saber por qué ellas tienen signos y síntomas y están allí, les tienes que explicar y colaboran”. **E-9**

“Tienen más curiosidad y también mayor responsabilidad frente a la sexualidad, en cambio los varones... son muy sueltos o sea ellos están pensando “quiero tener dos, o tres parejas, para eso quiero llevar los preservativos”, frente a eso tenemos que hacer consejería aconsejar el postergar el inicio de las relaciones sexuales tanto al varón como a la mujer”. **E-11**

“Claro, sobre todo mucho machismo, ellos dicen “no debemos lavar o entrar a la cocina, eso es de las mujeres”, las mamás también son las que insinúan que sean machistas, les dicen “no, el hombre ha nacido para trabajar, para que le sirvan, la mujer ha nacido para la cocina”. Algunos que ya tienen instrucción superior tienen equidad de género”. **E-11**

DISCUSIÓN

1. REPRESENTACIONES SOBRE LA ADOLESCENCIA.

Desde las propuestas planteadas por el estudioso de la adolescencia Stanley Hall hasta nuestros días, esta etapa de la vida ha sido vista como un período de perturbaciones o como lo aseveraba el propio Hall “una etapa turbulenta dominada por los conflictos y los cambios anímicos”. Observamos en los hallazgos de esta investigación que también los proveedores la identifican como un proceso conflictivo, con contradicciones, pero además con actitudes de irresponsabilidad “actúan primero luego piensan”. Por su parte Chambi, M, Gomensoro, A y Valverde, R, concluyen en sus estudios que “el personal de salud percibe a la usuaria adolescente (...) como irresponsables, con falta de educación y carentes de criterio” y “dejadez frente a sus problemas y patologías”^(1,2,3).

Aggleton, P. observa presente en la mayor parte de literatura vigente de psicología y salud del adolescente una tendencia a degradar y patologizar a los adolescentes y tipificarlos como problemas para los adultos⁴.

Esa predisposición también la encontramos en los discursos del proveedor que reconoce la etapa de la adolescencia como el lapso comprendido entre los 12 y 19 años, e identifica una etapa de riesgo a partir de los 15 años, considerando que la multiplicidad de cambios que enfrenta el adolescente se traduce en un comportamiento de grandes contradicciones, siendo necesario el apoyo orientador de un equipo multidisciplinario.

Como lo refiere Hall, T y Montgomery H., hay una propensión a ver al adolescente como víctima trágica e inocente de circunstancias que estarían fuera de su control⁵, esta afirmación se corrobora en las entrevistas realizadas, los proveedores intuyen que detrás de los comportamientos del adolescente, está la tristeza, ansiedad y que la

¹ Chambi C. María. Tesis de Maestría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Estudio cualitativo sobre percepciones del personal de salud acerca de la salud reproductiva de la adolescente UTE San Román- Puno. Lima 1997.

² Valverde, Rocío. Percepciones y comportamientos frente a al usuaria adolescente. En Cordero, Marisol; Jiménez, Oscar; Menéndez, María; Valverde, Rocío; Yon, Carmen. Más allá de la intimidad, cinco estudios de sexualidad, salud sexual y reproductiva. Lima, Lluvia Editores. 1996.

³ Gomensoro, Arinaldo. La irresponsabilidad sexual de los jóvenes. En Revista Alborada, N° 218, Colombia, octubre 1981.

⁴ Aggleton, Peter. Trabalho com jovens: Implicações para a pesquisa e a organização de programas. En Revista Adolescência Latinoamericana. v 2 n3. Porto Alegre, Brasil 2001

⁵ Hall, T y Montgomery H. Home and away: childhood, youth and young people, Antropology Today 2000: 16(3)

sociedad en general, incluyéndose la misma proveedora, no asume, ni visualiza en su justa dimensión la problemática del adolescente generando un grupo humano con muchas dudas e inseguridades y que a pesar de conocer aspectos de sexualidad, no siempre interpretan correctamente la información recibida, ni desarrollan conductas coherentes con sus conocimientos.

Los discursos que construyen los proveedores sobre los adolescentes, tienden a homogenizarlos independientemente del contexto, social, sexo, cultura, grupo étnico, además priorizan la perspectiva biomédica, sin tener en cuenta como decía Mead, Margaret que "(...) la naturaleza humana es increíblemente moldeable y se conforma de modos muy diferentes dependiendo de las condiciones culturales vigentes(...)"⁶. Mead explica que esta maleabilidad de la naturaleza humana en los ambientes sociales de una u otra cultura, son de origen cultural ya que ésta trabaja sobre las cualidades innatas, propiciando ciertos rasgos considerados como deseables, adaptándolos al tejido social a través de sus manifestaciones: el género.

Problemática

Los problemas económicos y sociales así como la modernización, no sólo cambian las condiciones de los adolescentes sino también van a tener efecto en su desarrollo sexual. Los proveedores de salud observan que en la ciudad del Cusco estos problemas condicionan la migración de muchos adolescentes, buscando concretar sus metas, sin embargo la soledad a la que se ven sometidos dará origen a comportamientos de riesgo. En siete estudios realizados por la OMS/GPA/UNAIDS; así como en los otros estudios realizado en Papua Nueva Guinea, Zimabawe, referido en Aggleton, P⁷; se observó también los marcados efectos de la modernización y las presiones causadas por los cambios en la vida rural, que trajo consigo el aumento de las oportunidades sexuales y nuevas culturas sexuales entre los adolescentes.

Es preocupante que en el discurso de los obstetras la drogadicción no haya emergido como constante en la problemática del adolescente, pese a que es fácilmente observable que existe gran incidencia de este problema. Similar hallazgo hace Dos

⁶Mead, Margaret: Coming on age in Samoa. En URL: http://www.identidades.org/fundamentos/mead_temperamento.htm visitado el 20-04-07.

⁷ Aggleton, Peter. Trabalho com jovens: Implicações para a pesquisa e a organização de programas. En Revista Adolescência Latinoamericana. v 2 n3. Porto Alegre, Brasil 2001.

Santos & col. en sus investigaciones sobre las características del uso de los servicios por los adolescentes, donde observa esta falencia, refiriendo que “llama la atención que la gran mayoría de los adolescentes no relató deseo de conversar con su médico sobre otros temas a no ser la queja principal, revelando casi nada sobre consumo de drogas, situaciones estresantes, conflictos familiares, abuso sexual y otros aspectos emocionales, aunque algunos de ellos han sufrido con este tipo de vivencias”⁸

Algunos factores pueden estar vinculados a este vacío, como puede ser aspectos culturales (pasividad), la forma en que los servicios se presentan ante la comunidad (como curativos), dificultad, temor y vergüenza para hablar temas personales, que sean temas que sólo los tocan con sus pares. En ese sentido refieren Iacoponi, 1988; Steiner & Gest, 1996; Ziv et al., 1999 en Dos Santos, L⁹; que el personal de salud no va más allá del motivo de consulta, que esto puede ser producto de varios aspectos como los tiempos limitados de la consulta, la dificultad para tratar temas del ámbito psicosocial y la formación biomédica que pone énfasis en las enfermedades somáticas, propiciando que muchas situaciones o comportamientos de riesgo pasen sin darles la debida importancia y atención.

En los entrevistados encontramos la preocupación que tienen sobre la relación conflictiva al interior de la familia, que se trasluce en la incapacidad de los jóvenes para relacionarse armónicamente con otras personas fuera del hogar, por la misma razón su autoestima es profundamente afectada, permitiendo una relación dependiente a nivel de pareja. Similarmente en diferentes investigaciones se puede observar la importancia que se le otorga a la familia nuclear que es la base del modo de vida del adolescente.¹⁰

Se presenta la resiliencia en los adolescentes, según Burak, en Lungren, R¹¹, cuando un individuo con una cantidad de factores de riesgo asociados a su medio ambiente o antecedentes y pese a esos desafíos desarrolla comportamientos saludables. Además indica que hay factores protectores y característicos comúnmente identificados en estos adolescentes como autoestima, ausencia de discordia matrimonial, cohesión familiar y una óptima relación familiar con por lo menos uno de sus padres. De lo que

⁸ Dos Santos, L; Béria, Jorge; Tomasi, Eliana. Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan?. URL: <http://biblioteca.universia.net/bura/ficha/params/id/540550.html> , revisado el 23-10-07.

⁹ Op.cit. Dos Santos, L

¹⁰ Op. Cit. Dos Santos, L

¹¹ Lungren, Rebecka. Protocolos de Investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones y hombres jóvenes en América Latina: División y Protección de la salud, programa de Familia y población. OPS, Washington 2000.

se concluye que es importante el papel de la familia en el desarrollo del modo de vida del adolescente.

Ratifican el papel preponderante de la familia los resultados de la Encuesta de Salud de Adolescentes del Caribe que muestran también que la conexión con los padres, es muy importante como - por ejemplo - sentir que el papá y/o la mamá están preocupados, hace una diferencia en el comportamiento de los adolescentes y entre los factores de riesgo importantes se incluyen la ausencia de sentirse cuidado por alguno de los padres, o la preocupación que los padres se vayan¹².

Suicidio

Se ha identificado que en la investigación realizada en las representaciones de los obstetras del Cusco, se menciona el suicidio como parte de la problemática adolescente, similares hallazgos reportan diferentes investigadores como Muzzo y Burrows, Musen, Papalia y Olds, Craig en Inostroza, C¹³ y Espejo, F en Maddaleno M¹⁴ quienes indican que el suicidio en la etapa adolescente aumenta considerablemente y los síntomas depresivos, así como las conductas suicidas son los más frecuentes entre ellos, transformándose en la segunda causa de muerte. Entre los factores inmediatos que precipitan al suicidio están el rompimiento amoroso, embarazo, conflicto con los padres, fracaso escolar, etc. pero por lo general es la culminación de una serie de dificultades crecientes; las drogas y el alcoholismo pueden aumentar las probabilidades de que este cuadro que lleva al adolescente a suicidio.

Violación

La violencia contra las adolescentes es un problema a nivel mundial, la ciudad del Cusco no se encuentra ajena a esta problemática, por lo que la vemos presente en el discurso de los proveedores, quienes refieren que ésta es ejercida por personas cercanas al entorno familiar, coincidiendo con los reportes en los estudios de Heise,

¹²Op.cit. Lundgren, R

¹³ Inostroza, Carolina; Quijada, Y y Col. Seminario de Adolescencia. Universidad de Concepción. Chile.2005.URL: <http://www2.udec.cl/ivalfaro/apsique/desa/adolescencia.htm>, revisado 20-06-2007.

¹⁴ Maddaleno, M; Morello, P; Infante-Espínola, F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. En revista Salud Pública Méx v.45 supl.1. Cuernavaca 2003. URL:<http://cielo.unam.mx/scielo.php?>, revisada el 24-02-07

L¹⁵, quien observa que la mayoría de los perpetradores son personas que la víctima conoce.

Los proveedores de salud hacen alusión a la violencia sexual que es ejercida por sus pares como consecuencia del creciente consumo de alcohol en las reuniones de éstos, así mismo también se puede inferir a partir de los estudios realizados por Boyer, D, en Lundgren, R¹⁶, que las madres adolescentes reportaron que la edad media de sus parejas era de 17.9, y que el abuso en adolescentes es perpetrado por hombres jóvenes.

En esta investigación los profesionales obstetras manifiestan preocupación por el inicio de las prácticas sexuales sin protección anticonceptiva y por consiguiente la elevación de las tasas de embarazos no deseados y otros indicadores de la salud reproductiva de los adolescentes, Lundgren, R también refiere que los problemas del abuso sexual en adolescentes afectan su autoestima y propician que en su vida sexual futura no tomen decisiones acertadas respecto del uso de contraceptivos, sexo seguro o actividad sexual voluntaria.

Necesidades

De acuerdo a los resultados de otros estudios realizados en relación a las necesidades de atención reportada por los adolescentes las carencias son: consejería y orientación (en relación a enamoramiento, iniciación sexual, diálogo y negociación con sus pares), servicios de orientación psicológica, de planificación familiar y control de embarazo¹⁷. En otro estudio también se reporto como necesidades de los adolescentes en relación su atención en salud sexual y reproductiva: sexualidad (enamoramiento, iniciación sexual, masturbación, menstruación) y planificación familiar, salud general y psicología¹⁸; y por su parte Ferrando, D; reporta que la percepción de las necesidades del adolescente son prevención en salud reproductiva y en salud psicosocial¹⁹.

¹⁵ Heise, L, Moore, K, & Toubia, N. Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research. New York: Population Council. 1995.

¹⁶ Lundgren, Rebecka. Protocolos de Investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones y hombres jóvenes en América Latina: División y Protección de la salud, programa de Familia y población. OPS, Washington 2000.

¹⁷ López, Lucy; La Rosa, Liliana; Capacitando a profesionales de Salud para Atención Integral de adolescentes con énfasis en salud Reproductiva: Metodología. Lima 1993.

¹⁸ La Rosa, Liliana. Adolescencia e Iniciación sexual. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Centro de Salud Pública. Lima 1997.

¹⁹ Ferrando, Delicia. Diagnóstico inicial de Servicios de Atención Integral para Adolescentes y línea de base Lima. Pathfinder Internacional Perú. Print en circulación. S/F 2000.

Los proveedores de salud de la presente investigación perciben también como necesidad de los adolescentes, servicios de atención exclusiva, cariño y atención a sus inseguridades, información en educación sexual, la regulación del tipo de información que difunden y ponderan además la necesidad de espacios de recreación para los adolescentes.

Sin embargo no mencionaron en este rubro, la atención en planificación familiar, atención prenatal y salud sexual que si se manifiesta posteriormente como motivos de consulta de los adolescentes. Esto nos podría indicar que existe una brecha entre lo que solicita el adolescente y lo que presume el proveedor que necesita éste.

2. REPRESENTACIONES SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE ADOLESCENTES

Sin duda, como lo expresa Tejada, D en Salud de las/los adolescentes²⁰, la salud es más que la atención médica, es una realidad social mucho más compleja que la realidad biológica y por ello difícil de delimitar, es un proceso social dinámico, inestable y de permanente cambio, social y político; por lo que es necesario considerarla como un derecho humano inalienable, que debe complementarse con el deber y la responsabilidad de todos frente a este derecho.

Los derechos reproductivos no son derechos nuevos, forman parte de los derechos humanos y por lo tanto del derecho a la salud. Se relacionan con la capacidad individual de un hombre o de una mujer para controlar y tomar decisiones sobre su propia vida y que afectarán su salud sexual y reproductiva²¹.

El trabajo en derechos sexuales y reproductivos es evidentemente el camino más directo para la construcción de ciudadanía ya que se vincula en forma directa con la subjetividad de las personas, con su identidad de sujeto de derechos (Franco S, Necchi S, Laski M, en UNFPA)²². El desarrollo de programas basados en los derechos humanos constituye herramienta fundamental para superar situaciones de inequidad a

²⁰ Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud. SPAJ. Salud de los y las adolescentes, Inversión social para cerrar brechas de inequidad. Lima-Perú. 2002.

²¹ Organización Mundial de la Salud -OMS. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Transformando los sistemas de salud: Género y derechos en salud reproductiva. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Familia y Salud Comunitaria. Washington 2001.

²² UNFPA Buenas prácticas en Promoción de Derechos y Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. Equipo de Apoyo Técnico de América Latina y el Caribe. 2006.

través de políticas que promuevan el reconocimiento de las diferencias basadas en el género, etnia, condición social y orientación sexual.

Los obstetras del Cusco reconocen la importancia de fundamentarse en los derechos sexuales y reproductivos para enfocar el trabajo con los adolescentes, tomando en cuenta el biotipo y cultura del adolescente regional, lo cual permitiría al proveedor mejorar la calidad del trabajo en consejería. Esta perspectiva coincide con los planteamientos de los diferentes estudios realizados, que establecen que los modelos verticales que no consideran la cultura, edad o condiciones de vida, cercenan las posibilidades de reflexión y refuerzan modelos de falta de autonomía que repercute negativamente en sus posibilidades de construcción de proyectos de vida.²³

Al mismo tiempo ellos observan que no sólo hay ausencia de difusión de estos derechos y que es indispensable una capacitación, dirigida fundamentalmente a los profesionales del nivel operativo que afrontan cotidianamente la atención al adolescente para mejorar la calidad de la misma.

Estas indagaciones revelan que es fundamental acompañar la atención con una propuesta de promoción en salud sexual y reproductiva y con una acción política sustentada en los derechos humanos de los/as adolescentes para fortalecer su desarrollo en equidad y plena ciudadanía.

3. REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES

Los obstetras de la ciudad del Cusco identifican la iniciación sexual temprana como un problema que traerá como consecuencia embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y abortos. Huerta, E²⁴, en su investigación también indica que la iniciación de la actividad sexual de los adolescentes, no va acompañada generalmente del uso apropiado de métodos anticonceptivos y por ello se observan, en casi todos los países de la región, tasas importantes en la fecundidad del grupo de mujeres menores de 20 años, a tal punto que una quinta parte de los nacimientos que ocurren en estos países y entre el 10 y 15% de los abortos, se producen en mujeres

²³ Op.cit UNFPA.

²⁴ Huerta, Encarnación. Conceptualizaciones que los alumnos de la preparatoria N°. 55 tienen sobre la salud sexual y acciones que ejercen para cuidarla. En Archivos Hispanoamericanos de Sexología Vol. XI, No. 2, México, 2005

adolescentes. Por su parte Chelala, C²⁵ también asevera que en las últimas décadas se han presentado cambios en la sexualidad del adolescente referidos a una mayor “libertad en las relaciones sexuales y un inicio más temprano en la práctica de las relaciones sexuales, y el comportamiento riesgoso de los adolescentes ha conducido a un aumento de los embarazos no deseados entre ellos y un aumento en la adquisición de ITS, fenómeno que en la actualidad ha adquirido proporciones alarmantes en América”.

Hallazgos similares también fueron presentados por el estudio realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) en noviembre del 2000, donde se refiere que en América Latina y El Caribe son muy pocas las parejas solteras que utilizan métodos anticonceptivos en el momento de la primera relación sexual.

Asimismo el informe con respecto a las ITS, menciona que en América Latina un 15% de los adolescentes entre 15 y 19 años adquiere cada año alguna infección; en otro estudio la OPS señala que el inicio sexual más temprano de los adolescentes y el incremento del comportamiento riesgoso ocurridos en las últimas décadas se ha asociado positivamente con el aumento de los embarazos no deseados en este grupo poblacional²⁶.

Los obstetras refieren en sus discursos que a la vez que el inicio es cada vez más temprano de las relaciones sexuales en la adolescencia, adicionalmente se observa una marcada diferencia en el inicio sexual de los adolescentes de acuerdo a la cultura, género y ubicación geográfica de la región donde residen. Esta heterogeneidad en el inicio de la vida sexual de los adolescentes, también es reportado por el estudio realizado por el UNFPA²⁷, donde observa la diferencia que se da entre el inicio sexual de adolescentes de acuerdo a la zona de residencia, siendo más elevada en las zonas rurales que urbanas, por lo que se hace necesario diferenciar los contextos a la hora de diseñar políticas y acciones dirigidas a disminuir la fecundidad adolescente.

²⁵ Chelala, Cesar A. La Salud de los Adolescentes y los Jóvenes en las Américas: Escribiendo el futuro. Organización Panamericana de la Salud-OPS. Washington 1995.

²⁶ Organización Panamericana de Salud & Organización Mundial de Salud. En Salud sexual y reproductiva. En: Comunicación para la Salud N° 8. Washington 2001.

²⁷ Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. Diagnostico de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe. México 2001.

4. REPRESENTACIONES SOBRE LA ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES

Información que reciben:

En los discursos de los proveedores recogidos en la investigación se manifiesta la existencia de dificultades cuando abordan el tema de información en la consulta a los adolescentes, ya que los conocimientos previos de los mismos y de los proveedores están cargados de mitos y creencias que culturalmente manejan. En la Encuesta Nacional de Juventud realizada en México se expresa que en la atención a los adolescentes en los servicios de salud los proveedores interponen sus propios valores y prejuicios ante la actividad sexual de éstos²⁸, marcando una brecha entre las necesidades de atención y la oferta ofrecida por los servicios de salud.

La misma encuesta reporta a la televisión, las revistas y la escuela como instancias que favorecen el acercamiento a temas sexuales a los adolescentes²⁹; FHI 2000 también refiere que la información relativa a la vida sexual se obtiene de diversas fuentes como, padres, compañeros, proveedores de salud, profesores, libros y medios de comunicación pero gran parte de ella es errónea, incompleta o engañosa^{30, 31}

Coincidiendo con los estudios mencionados los obstetras identifican fuentes de información similares en la ciudad del Cusco y manifiestan además preocupación por las limitaciones que tiene el adolescente para tratar los temas de salud sexual y reproductiva en los colegios, hogar y servicios de salud, siendo los medios de comunicación y la Internet los que principalmente cubren estas necesidades de información y lamentablemente estas fuentes no son de calidad.

Uso de métodos anticonceptivos:

Los obstetras entrevistados refieren que los conocimientos que tienen los adolescentes sobre métodos anticonceptivos son elementales, existe desconocimiento en la existencia de diferentes métodos de planificación familiar, en su correcto uso, en las fuentes de obtención y en el mecanismo de acción de estos. Esta carencia se

²⁸SEP/IMJ (2002) Encuesta Nacional de Juventud 2000. Jóvenes mexicanos del siglo XXI. México - 2000.

²⁹ Op.cit. SEP/IMJ

³⁰ Family Health International (FHI). Satisfacción de las necesidades de los clientes jóvenes: Una guía para prestar servicios de salud reproductiva a los adolescentes. 2000. URL:<http://www.fhi.org>, revisado el 02-12-2007.

³¹ Nuñez, H; Rojas, A; Revista Costarricense de Salud Pública 7(13):38-54, dic. 1998. Revisión conceptual y comportamiento del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres.

traduce por ejemplo en la práctica incorrecta del uso del condón y de la píldora de Anticoncepción Oral de Emergencia, por lo que es necesario trabajar en mejorar el conocimiento y eliminar los mitos e ideas erradas sobre sexualidad y reproducción; similar observación reporta Guzmán, J y Col. sobre el desconocimiento de los adolescentes en aspectos de salud sexual y reproductiva y en el uso de anticonceptivos³².

Hace más de un cuarto de siglo que los servicios de salud han sido reconocidos internacionalmente como un elemento vital para mejorar la salud sexual y reproductiva del adolescente³³, por ello es importante conocer las percepciones y representaciones sociales que se dan en la interacción usuario/a proveedor, fundamentalmente como lo relacionado con sus idearios y la actitud sustentada en éstos marca o no una brecha en el proceso de atención.

Las tensiones que se presentan entre deber y conciencia en el trabajo del obstetra, por ejemplo expresadas en la consejería en uso de métodos de planificación familiar, específicamente en la Anticoncepción Oral de Emergencia, o los prejuicios relacionados al uso de éstos (frecuente cambio de parejas sexuales e irresponsabilidad en el ejercicio de su sexualidad), estará determinando la calidad del servicio brindado, el respeto a los derechos reproductivos y sexuales y limitando o no el acceso a la atención del adolescente.

Infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA

Como reseña Unger, G en Maddaleno, M; al igual que los adultos, los adolescentes subestiman los potenciales daños en salud de sus conductas y asumen que el riesgo de ciertas prácticas desaparecerá a medida que crezcan³⁴ o simplemente no les afectará a ellos. Esto se observa en referencia a las ITS, que en los varones algunas de éstas no dan sintomatología y sumado a los estereotipos de género y cultura (“hombre fuerte” o “a mi no me puede dar”), propicia que el varón adolescente no acuda a consulta.

³² Guzmán, José; Falconier, Martha; Hakkert, Ralph; Contreras, Juan. Adolescentes: Diagnóstico de situación y políticas de salud sexual y reproductiva” Working Papers Series CST/ LAC N°. 9. UNFPA. México, 2000.

³³ Bearinger, L; Sieving, Renee, Ferguson, Jane; Sharr, Vinit. En Revista The Lancet 2007, 369:1220-1231. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: Prevention, and potential. URL:<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607603675/fulltext> revisado el 17-05-07.

³⁴ Maddaleno, M; Morello, P; Infante-Espínola, F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. En revista Salud Pública Méx v.45 supl.1. Cuernavaca 2003. URL:<http://cielo.unam.mx/scielo.php?>, revisada el 24-02-07

En esta investigación se constata que los proveedores perciben que son las adolescentes mujeres quienes acuden más a la consulta sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), lo hacen ante la presencia de sintomatología que es más aguda en ellas, no así el varón cuya presencia no es frecuente en la consulta sobre estas afecciones.

Preocupa esta evidencia, ya que según Quintana, A³⁵ en el informe de ONUSIDA (2002) un tercio de todas las infecciones por VIH ocurren en personas de 10 a 24 años, nuestro país junto con Venezuela tiene el mayor porcentaje de población afectada por VIH, además en el Perú, casi la mitad de la personas que tienen SIDA adquirieron el VIH cuando tenían entre 15 y 24 años.

Es importante tener en cuenta que los adolescentes no reconocen como necesidad protegerse de la ITS ni del VIH, más de la mitad de adolescentes que han tenido relaciones sin protección refieren que no tenían temor de adquirir una ITS, mientras que las adolescentes y jóvenes que usaron condón declararon, que más de la mitad de las veces, lo hacen para evitar un embarazo no planificado y no para protegerse de las ITS y VIH³⁶.

Atención del embarazo, parto y puerperio de adolescentes

Se ha podido observar a través de los discursos de los obstetras que generalmente la preocupación de éstos por el embarazo de los adolescentes, está relacionada con la visión biomédica y el enfoque de riesgo en la atención de éste.

Hay una preocupación manifiesta por cuándo se produce el primer contacto del adolescente con el servicio, ya sea para el control prenatal o el parto; se observa que existe una fragmentación de los servicios de salud, especialmente en el área de reproducción, existiendo el sesgo de entender el servicio de salud que se brinda al adolescente como sólo servicio de salud reproductiva y por lo tanto ligada a los cuidados de la salud física. Similares reflexiones encontramos en la revista *Adolescencia de México*³⁷ y en el estudio realizado en el Estado de Guanajuato, que refleja la percepción de los médicos acerca del embarazo en la adolescencia, éste se

³⁵ Quintana, Alicia; Hidalgo Catalina. Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes. Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú. Instituto de Educación y Salud – IES. Lima 2003.

³⁶ Op.cit. Quintana. A.

³⁷ *Adolescencia*. Año 1 Número 3. Boletín Bimestral de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente con el Patrocinio de la OPS. Guadalajara, México, Mayo-Junio de 1996

sitúa como un problema de salud, cuya prioridad es el cuidado de la salud física de la madre y el hijo³⁸: Desde esta percepción se excluye aspectos que tienen que ver con la atención emocional a la adolescente madre y aún más el padre adolescente queda fuera de esta dinámica.

Es interesante observar que en diferentes estudios realizados sobre riesgo asociado al embarazo en adolescentes menores de 17 años de edad, se ha encontrado que constituyen un elevado riesgo para la salud tanto de la madre como del niño, no sólo la inmadurez fisiológica, sino también variables socioculturales³⁹, por lo que es importante en la atención prenatal del adolescente propiciar el apoyo psicosocial y educación para la salud, así como estrategias para mejorar la salud de la madre y del recién nacido.

El aborto

Respecto a la problemática del aborto que se encuentra presente en la atención al adolescente, investigaciones realizadas indican que en cuatro países de la región (Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana), de cada 10 embarazos en mujeres adolescentes, alrededor de tres o cuatro de éstos finalizan en aborto⁴⁰. Los obstetras del Cusco describen que esta problemática está presente en la consulta, el abordaje del tema siempre confronta aspectos de orden ético; es común denominador en el proveedor el respeto a la toma de decisiones del adolescente.

5. REPRESENTACIONES SOBRE EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD DE ADOLESCENTES

EL Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) en noviembre del 2000⁴¹, en el Informe de Salud Sexual de los Adolescentes, indica que la salud sexual es un elemento clave para el progreso social, económico y político de los países de América y sin embargo con frecuencia sus necesidades y derechos no figuran en las políticas

³⁸ Maddaleno, M; Morello, P; Infante-Espínola, F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. En revista Salud Pública Méx v.45 supl.1. Cuernavaca 2003. URL:<http://cielo.unam.mx/scielo.php?>, revisada el 24-02-07.

³⁹ Guzmán, José; Hakkert, Ralph; Contreras, Juan; Falconier de Moyano, Martha. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América latina y el caribe. FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS .Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe

⁴⁰ Op.Cit. Guzmán, J.

⁴¹ Huerta, Patricia. Archivos Hispanoamericanos de Sexología Vol. XI, No. 2, Conceptualizaciones que los alumnos de la preparatoria N° 55 tienen sobre la salud sexual y acciones que ejercen para cuidarla. México 2005

públicas ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es considerada inadecuada, como los embarazos no deseados o la ITS.

Huerta, Patricia, indica que en las encuestas realizadas en América Latina se muestra en forma consistente el desconocimiento que los adolescentes tienen sobre aspectos básicos de su sexualidad, la iniciación de la actividad sexual, asimismo reporta que generalmente no va acompañada del uso apropiado de métodos anticonceptivos y por ello se observan tasas importantes en la fecundidad del grupo de mujeres menores de 20 años, como se ha señalado anteriormente en estos países una quinta parte de los nacimientos y entre el 10 y 15% de los abortos se produce en mujeres adolescentes, por ello la OMS acertadamente considera a los adolescentes como un grupo de riesgo en materia de sexualidad.

Los obstetras del Cusco refieren a su vez que el ejercicio sexual de los adolescentes se caracteriza por iniciarse sin tomar en cuenta los riesgos de embarazos no deseados no obstante muchos de ellos cuentan con información sobre los métodos para evitarlos. Se observa que el inicio sexual de las adolescentes está ligado al enamoramiento, presión de la pareja y - como anteriormente habíamos comentado - tiene relación con la ingesta de alcohol y las fiestas a las que asisten.

Los proveedores entrevistados refieren que en la consulta la vida sexual activa sólo se evidencia cuando se presenta un problema (embarazo, aborto o ITS), pocos son los que acuden a ella antes de iniciarla y difícilmente declaran este inicio por represiones sociales y morales, es decir debido a los estereotipos la sexualidad se considera sólo desde la perspectiva reproductiva y no del desarrollo integral y el placer.

La sexualidad como lo plantea Foucault y Week, es una construcción sociocultural, históricamente objeto de control social, uno de los escenarios más claros del ejercicio del poder. Cada cultura define para sí misma lo que es normativo en términos de la conducta sexual, indican que todas las normas sexuales son expresiones de las creencias y valores compartidos por cada grupo social particular. En Huertas, P.⁴² se plantea que los conceptos de normalidad y anormalidad sexual están contruidos por el hombre y son arbitrarios, lo anormal no es necesariamente patológico, más bien viene marcado por la desviación media de la norma correspondiente a la totalidad del grupo de referencia. Lo normal, en consecuencia, se delimita desde el ámbito de la

⁴² Op.cit. Huerta, P.

esfera sociocultural e indica cuestión de consenso, o sea, si la mayoría piensa que una aseveración es la correcta, la misma se vuelve correcta⁴³

Las relaciones sexuales de los adolescentes están estrechamente reguladas por normas socio culturales, en el caso de las mujeres, asociadas fuertemente al valor de mantener la virginidad, pero sabemos que en realidad para ambos sexos su vida sexual es mucho más compleja que la comprensión de la experiencia coital y el uso de planificación familiar, aspecto que el control social no contempla ni permite visibilizar.

Con excepción a las investigaciones sobre prevención de VIH/SIDA y comportamiento no heterosexual, no se encuentra en los estudios realizados en adolescentes la mención de formas alternativas de expresión sexual, tales como masturbación, juego sexual, sexo anal y oral.

En ese sentido, sobre la comunicación en sexualidad Carrillo, H; nombra “el silencio sexual”. Para este autor, se trata de la idea de que en la cultura mexicana, y en la cultura latina en general, hay una falta de comunicación abierta y verbal sobre asuntos sexuales “...en vez de reconocer y adaptarnos a las costumbres culturales con respecto a la sexualidad, intentamos “educar” a los adolescentes para cambiarles su comportamiento sexual riesgoso”⁴⁴.

Siendo la sexualidad una construcción sociocultural se encuentran muchos mitos y creencias tanto de los adolescentes como de los proveedores, por ejemplo la masturbación y su asociación a la locura, así como que la primera relación sexual de la adolescente nunca va a producir un embarazo. Los adolescentes tienen desconocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual, lo que crea en ellos al igual que en los adultos falsas creencias sobre su tratamiento.

Los obstetras aceptan que muchos prejuicios han ido superándose, ya sea por el trabajo con este grupo etareo, como se refiere anteriormente, o por las capacitaciones recibidas.

⁴³ Collignon, Martha. Jóvenes y sexualidad. Notas para un acercamiento metodológico. Diálogos de la comunicación URL http://www.dialogosfelafacs.net/dialogos_epoca/pdf/65-05MariaCollignon.pdf, 02-10-07

⁴⁴ Carrillo, Hector. The Night Is Young: Sexuality in Mexico in the Time of AIDS, The University of Chicago Press. USA- 2002

Al igual que muchas investigaciones, Maddaleno, M⁴⁵ menciona que, los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes están dirigidos a evitar el embarazo no planeado y las infecciones de transmisión sexual, pero aún están ausentes de los discursos de los proveedores aspectos de la sexualidad, que no sólo tengan una visión biomédica sino más integral, como lo relativo al goce y disfrute.

Los obstetras del Cusco, también trabajan en aspectos de salud reproductiva mencionados anteriormente y lo referente a salud sexual sólo es citado como anécdotas.

Como parte de las prácticas sexuales del adolescente se consigna el sexo anal, que a decir de algunos proveedores es para conservar la virginidad y/o evitar un embarazo no deseado; el “trabajo sexual” en los adolescentes, que generalmente es realizado en las fiestas jubilaires, así como el comercio sexual con turistas. Se percibe en los discursos del proveedor una actitud de indiferencia o de censura al adolescente.

El autoerotismo está presente en la consulta pero sólo cuando lo nombran los adolescentes; la percepción del proveedor es que es poco practicada y que es malo practicarla pero no debe hacerse costumbre.

Con respecto a la homosexualidad en los adolescentes es apreciada con muchos prejuicios y “discriminación”, porque como todas las personas, los profesionales de salud tienen una valoración sobre aspectos de sexualidad y a veces es muy difícil para ellos asumir la diversidad sexual, por lo que en la consulta es motivo de incomodidad y perturbación para el proveedor, no obstante manifestar que respetan su opción y la reconocen como un “derecho sexual”. Esto dificulta al adolescente la posibilidad de desarrollar las habilidades necesarias para asumir su opción y expresarla, alejándolos de los servicios de salud.

Consejería en ejercicio sexual:

De acuerdo a los análisis de los discursos de los obstetras, la consejería sobre el ejercicio de la sexualidad, al igual que la atención está más centrada en la dimensión biológica (planificación familiar y prevención de ITS), desatendiendo los aspectos psicológico y social debido a su deficiente formación en destrezas y habilidades para

⁴⁵ Maddaleno, M; Morello, P; Infante-Espínola, F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. En revista Salud Pública México v.45 supl.1. Cuernavaca 2003. URL:<http://cielo.unam.mx/scielo.php?>, revisada el 24-02-07.

tratar estas áreas, así mismo se evidencia una limitación para abordar temas como placer, orgasmo, refiriendo los obstetras que sólo lo hacen a solicitud de los usuarios.

Ellos consideran que los adolescentes difícilmente consultan sobre el ejercicio de su sexualidad por temor a ser juzgados, por lo que recomiendan no incurrir en la emisión de juicios ante ellos, sin asumir las deficiencias en su formación en sexualidad.

El consejo que prima en la consulta referido por los obstetras, es la postergación del inicio de su vida sexual activa, caso contrario aconsejan asumir la responsabilidad y consecuencias de este ejercicio, similares hallazgos podemos encontrar en la investigación realizada por Word, K (2006) ⁴⁶ quien refiere que algunos proveedores de salud han expresado su preocupación por el embarazo en adolescentes, por lo que ellas trataban de influir en los adolescentes que no tengan sexo, reconociendo muchas de ellas que sus ideas y consejos eran una barrera para el acceso a los servicios por parte del adolescente

REPRESENTACIONES SOBRE EL SERVICIO A BRINDAR EN SALUD REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES.

En las entrevistas realizadas los proveedores de salud refieren que las normas y falta de personal no le permiten brindar una atención de calidad y exclusividad para los adolescentes, puesto que debe atenderlos de manera indiferenciada con los adultos en el mismo consultorio y horario. Es evidente que los adolescentes requieren mayor dedicación y tiempo para generar un mejor rapport proveedor-usuario sobre y sacar a flote los mitos, dudas.⁴⁷

Otras limitaciones percibidas por el obstetra en relación al adolescente que va atenderse a los servicios de salud son: los lugares de espera, trámites administrativos, el temor a ser vistos, juzgados y perfil profesional no idóneo.

Las necesidades que presenta el adolescente no siempre corresponden a enfermedades físicas, sino frecuentemente tienen inquietudes e inseguridades. Pese a que los obstetras refieren que el motivo de consulta prioritariamente es control pre-

⁴⁶ Word, Kate; Jewkes, Rachel. Locks blood and nurses repressors: barriers to contraceptive use among adolescents in South Africa. En revistas: Reproductive Health Matters 14(27), 2006. En revistas: Reproductive Health Matters 14(27), 2006.

⁴⁷ Senderowitz, Judith. Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables a la juventud. FOCUS en adultos Jóvenes. Serie de Investigación, Programas y Políticas. Pathfinder International. Washington D.C. 1999.

natal, planificación familiar y ETS además de la consejería en salud sexual y reproductiva, es necesario brindar servicios integrales y multidisciplinarios, que no sólo vean aspectos de salud reproductiva o dolencias físicas sino también aspectos de desarrollo integral por que la salud sexual implica desarrollo y crecimiento personal.

Como lo reporta en su investigación Senderowilts, J⁴⁸, "...en muchos países las leyes restringen el acceso a cierto tipo de servicios de salud... los servicios de salud reproductiva a menudo discriminan a los jóvenes... aún cuando la ley no especifica restricciones, los servicios de salud y/o el personal de salud establecen sus propias políticas que impiden o disminuyen el acceso de los adolescentes...". Los obstetras observan además que en el Cusco las autoridades no se sensibilizan en cuanto a las necesidades y problemática de los adolescentes, hecho que se evidencia en la falta de financiamiento, limitaciones en el contrato de personal, deficiencia de la infraestructura y otras carencias en los servicios.

En diferentes investigaciones sobre las características de los servicios amigables para adolescentes, tal como los reporta Senderowiltz, J^{49, 50} se observa la importancia que dan los adolescentes a los servicios de salud y a los proveedores y sobre todo a factores interpersonales como honestidad, respeto y confidencialidad y a la seguridad y alta capacitación como características resaltadas y deseadas en los proveedores.

Las características que los proveedores mencionan como necesarias para brindar atención a adolescentes son: amabilidad, empatía, principios éticos, respetabilidad, profesionalismo y capacitación. Estas habilidades son importantes porque permiten establecer relaciones interpersonales que facilitan que los usuarios se sientan acogidos, ya que la expectativa del adolescente cuando acude a los servicios es hallar a un proveedor capacitado que satisfaga sus inquietudes e interrogantes. Esto enfatiza la necesidad de que el profesional que le atiende este perfectamente actualizado, sensibilizado e identificado con el trabajo.

Por lo general los obstetras han sido capacitados para brindar atención en salud reproductiva, y no en aspectos de sexualidad, esto dificulta el manejo integral en la consulta, ya que los temas sobre sexualidad, los comentarios del adolescente y sobre todo los temas considerados "tabú" genera en ellos confusión y se sienten limitados en su capacidad de reacción. Por ello es importante fortalecer las habilidades y

⁴⁸ Op.Cit. Senderowiltz, J.

⁴⁹ Op. Cit. Senderowiltz, J.

⁵⁰ Quintana, Alicia; Hidalgo Catalina. Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes. Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú. Instituto de Educación y Salud – IES. Lima 2003.

competencias de los profesionales a fin de que brinden una atención de calidad y generen destrezas para mejorar el servicio de salud.

Las estrategias propuestas por los obstetras del Cusco para trabajar con los adolescentes están centradas en aspectos de salud reproductiva. Sustentan esta afirmación en los indicadores de salud reproductiva y diagnósticos que se deben elaborar en sus jurisdicciones, sin embargo, como lo plantea Shutt-Aine, J⁵¹, no se incluyen aún conceptos más amplios sobre salud sexual y desarrollo en la atención de los adolescentes. Estas políticas planteadas por los proveedores se centran prioritariamente en los indicadores de salud reproductiva de los adolescentes sobre todo en sus consecuencias y dejan fuera los indicadores de salud sexual y de desarrollo. Esto se debe en parte al sesgo de los proveedores en el enfoque biomédico en salud reproductiva.

Scales y Leffert, 1999 en Shutt-Aine, J plantean que los servicios que se centran únicamente en prevenir problemas específicos de los adolescentes, como una conducta problemática aislada y sin prestar atención al contexto social, por lo general no han demostrado ser efectivos a largo plazo. Los programas necesitan ir más allá del enfoque orientado al problema y pasar a una perspectiva de desarrollo que promueva factores protectores y la resiliencia en la adolescencia. Es indispensable generar el cambio cualitativo de intervenciones individuales a intervenciones de familias y comunidades; pasar de la idea de jóvenes receptores a jóvenes participantes activos, y de enfoques verticales a esfuerzos coordinados, integrados en prevención y promoción de la salud⁵².

6. ASPECTOS DE GÉNERO IDENTIFICADOS EN LOS PROVEEDORES DEL SERVICIO

Para hacer una aproximación al concepto de género, se tomaron las conceptualizaciones realizadas por Lamas, M⁵³, que recogen los aportes conceptuales de Scott y señalan que “la definición de género tiene dos partes analíticamente interrelacionadas, aunque distintas, y cuatro elementos. Lo central de la definición es

⁵¹ Shutt-Aine, Jessie, Maddaleno, Matilde. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Organización Panamericana de Salud- OPS. Washington D. C. 2003. <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/SSRA.pdf>. Consultado el 10-02-08.

⁵² Op.Cit. Shutt-Aine, J.

⁵³ Lamas, Marta. “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género”, En Revista La ventana N°1. México, 1995.

la conexión integral entre dos ideas: el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basado en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder”. Scott distingue los elementos del género y señala cuatro principales: “los símbolos y los mitos... los conceptos normativos, que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos... las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género...y la identidad”.

Como lo plantea Scott los proveedores replican con los adolescentes los prejuicios y mitos de género. En la consejería se refuerzan los roles familiares tradicionales asignados tanto al varón, como a la mujer y el peso de culpabilidad que recae en ella que acepta una relación sexual.

La simbología expresada en la valoración de la virginidad, que cuando se “pierde” representa a la mujer adolescente como “devaluada”. Así lo expresan los proveedores en sus mensajes a los adolescentes, explicitando la duda y la sanción para las chicas que aceptan tener relaciones sexuales.

Son discursos contradictorios, establecen diferencias en los mensajes dirigidos a la adolescente y el adolescente; a ella se le aconseja “negociar”, “hacerse respetar”, “postergar” y “no ceder” ante el pedido de “la prueba del amor”; a él en cambio cuidarse de las chicas “fáciles”, de las responsabilidades que tendrían que asumir tempranamente y respetar la decisión de la mujer “previniendo el verse involucrado” en un problema legal.

Los adolescentes construyen la identidad de su masculinidad como sinónimo de “hombría”, que se manifiesta en un afán de competencia cuando se trata de enmarcar a una adolescente; el proveedor al no abordar en la consejería los temas de género contribuye a que se fortalezca esta masculinidad hegemónica.

Las diferentes investigaciones sobre género y salud reproductiva a lo largo de América Latina han enfatizado que la construcción machista de la sexualidad representa riesgos directos para las mujeres, sin embargo, en gran parte no se reconoce que los

hombres también están sujetos a que los estereotipos de género - en cuanto a comportamientos aceptados - impacten también en su salud y desarrollo⁵⁴.

Los roles reproductivos asignados a las mujeres son remarcados constantemente en los servicios de salud, sobre todo cuando se trata de persuadirlos acerca de los embarazos no deseados y las uniones tempranas. Los mensajes a las mujeres están basados en los estereotipos de madre, mujer y su actuar en sus futuros hogares, enfatizando además estereotipos machistas como que “el varón cae parado” y en los roles masculinos.

Existe un doble discurso por parte de los obstetras presente en este tema, si bien en muchos momentos de la consejería refuerzan relaciones de inequidad en aspectos de género, en otros casos plantean la necesidad de un cambio para que se establezcan relaciones más equitativas entre varones y mujeres.



⁵⁴ Shutt-Aine, Jessie, Maddaleno, Matilde. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Organización Panamericana de Salud- OPS. Washington D. C. 2003. <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/SSRA.pdf>. Consultado el 10-02-08.

CONCLUSIONES

Las siguientes conclusiones que se presentan a continuación, son el resultado del análisis de los discursos grabados a los proveedores de los servicios de salud que prestan atención a los adolescentes en sus problemas de salud. Se presentan de acuerdo a los objetivos planteados y las dimensiones de investigación desarrolladas en ésta investigación.

1. Representaciones sociales que tienen los(as) obstetras de la ciudad del Cusco, sobre los/as adolescentes:

- Se identifica la adolescencia como un proceso conflictivo, con dudas e inseguridades, señalando como etapa de riesgo a partir de los 15 años
- La problemática económica, social y la modernización modifican las condiciones de vida afectando el desarrollo de la sexualidad del adolescente.
- La drogadicción no ha emergido como parte de la problemática del adolescente, sí está presente la violencia sexual.
- Es importante el rol que cumple la familia en el desarrollo armonioso del adolescente, la relación con el padre es un factor determinante en problemas de seguridad, toma de decisiones y autoestima.

2. Representaciones sobre Derechos Sexuales y reproductivos de adolescentes.

- El trabajo con los adolescentes no está basado en derechos sexuales y reproductivos.
- Existe una necesidad de capacitación y difusión de los derechos sexuales y reproductivos.

3. Representaciones sociales que tienen los(as) obstetras de la ciudad del Cusco sobre el inicio sexual de los adolescentes.

- La iniciación sexual es identificada sólo con una perspectiva reproductiva y de riesgo.
- Existe juzgamiento sobre el inicio sexual del adolescente.
- El inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia es cada vez más temprano.

4. Representaciones sociales que tienen los(as) obstetras de la ciudad del Cusco sobre la atención a adolescentes en salud reproductiva.

- Hay ausencia de servicios de atención exclusiva, de información en educación sexual y de regulación de la información que difunden los medios de comunicación.
- No se cumple la normatividad ni se aplica el protocolo de atención, a pesar de existir los lineamientos de atención al adolescente.
- Las adolescentes acuden más a la consulta por infecciones de transmisión sexual (ITS), en los varones se aprecia poco uso de estos servicios.
- La atención de los adolescentes, está relacionada con la visión biomédica y tienden a homogenizarlos independientemente del contexto, social, sexo, cultura, grupo étnico
- Existe una fragmentación de los servicios de salud, existiendo el sesgo en brindar al adolescente sólo servicio de salud reproductiva y por lo tanto ligada a los cuidados de la salud física, corroborando lo que se planteo en los supuestos de la investigación.
- La problemática del aborto está presente en la consulta, el abordaje del tema siempre confronta aspectos del orden ético.

5. Representaciones sobre sexualidad de los adolescentes.

- El ejercicio sexual de los adolescentes es percibido como irresponsable, sin uso de métodos anticonceptivos y ligados a la presión de la pareja, ingesta de alcohol y fiestas a las que asisten.
- Los adolescentes no asisten a las consultas antes de iniciar su vida sexual, lo hacen cuando se presenta un problema (embarazo, aborto o ITS).
- Las relaciones sexuales de los adolescentes, están estrechamente reguladas por normas sociales en las que se pondera el valor de la virginidad y “hombría”.
- Existen mitos y creencias tanto de los adolescentes como de los proveedores, con respecto al ejercicio de la sexualidad, esto corrobora lo planteado en los supuestos de la investigación.
- El autoerotismo está presente en la consulta sólo cuando lo nombran los adolescentes.
- La homosexualidad en los adolescentes, es vista con muchos prejuicios y “discriminación”.
- Se evidencia también el Trabajo sexual de los adolescentes en la consulta.

- La consejería sobre el ejercicio de la sexualidad, al igual que la atención está muy desarrollada en la dimensión biológica, dejándose de lado aspectos psicológicos y sociales.
- Dentro de la diversidad de la expresión de la sexualidad, se encuentra cada vez más frecuente la mención del sexo anal.

6. Representaciones sobre las limitaciones en los servicios de salud sexual reproductiva a los adolescentes.

- Existen limitaciones en el acceso de los(as) adolescentes a los servicios de salud, como son: los horarios, la ambientación y la falta de capacitación del profesional, corroborándose lo planteado en los supuestos de ésta investigación.
- Los mitos y creencias de los proveedores y adolescentes dificultan la atención en salud sexual, como se plantea en los supuestos de investigación.
- Los adolescentes no tienen acceso a fuentes de calidad para proveerse de información en temas de salud sexual y reproductiva.
- Hay tensiones entre deber y conciencia en el trabajo del obstetra determinan la calidad del servicio y el acceso a la atención del adolescente.
- Las normas del ministerio dificultan la atención de calidad, sobre todo en relación al tiempo, a la exclusividad de la consulta y horarios adecuados.
- No se brindan servicios integrales y multidisciplinarios en salud sexual y reproductiva, por la ausencia de un enfoque integral de la salud.
- Escasa capacitación para brindar atención en salud reproductiva, sexualidad y género, corroborándose también este aspecto con lo planteado en los supuestos de la investigación.
- Los niveles de decisión del MINSA no asumen la importancia de implementar servicios exclusivos para la atención del adolescente.

7. Aspectos de género que construyen los(as) obstetras en la atención en salud reproductiva a los adolescentes.

- En la consejería se replican los prejuicios, mitos y roles tradicionales de género.
- Los proveedores manejan discursos contradictorios, establecen diferencias en los mensajes dirigidos a la adolescente y al adolescente.
- Se identifica una masculinidad hegemónica machista centrada en la “hombría”.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se presentan a continuación, están diseñadas de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación realizada con los profesionales obstetras que brindan atención en salud asexual y reproductiva a los adolescentes de la ciudad del Cusco.

A LAS INSTITUCIONES

- Al MINSA, generar políticas adecuadas de protección a los adolescentes, ampliando los presupuestos, mejorando los servicios de salud a su cargo y garantizando el fiel cumplimiento de éstos.
- Mayor difusión y aplicación de las normas de atención en salud sexual y reproductiva a los adolescentes, así como los derechos sexuales y reproductivos de éstos.
- Capacitación en sexualidad, enfoque de género, ética, valores, interculturalidad y derechos para los profesionales que atienden a los adolescentes y fortalecimiento de las capacidades para generar estrategias en la atención especializada para adolescentes.
- En las universidades actualizar la currícula de estudio en pre grado, sobre todo en aspectos de sexualidad, ética, valores y los demás mencionados, así mismo en postgrado realizar cursos, diplomados y maestrías en la atención de salud sexual y reproductiva del adolescente.
- Acompañar la atención con una propuesta de promoción en salud sexual y reproductiva y con una acción política sustentada en los derechos humanos de los/as adolescentes para fortalecer su desarrollo en equidad y plena ciudadanía.
- Implementar servicios integrales que cuenten con un equipo multidisciplinario para la atención exclusiva de los adolescentes, que enfatizen aspectos psicológicos y en la problemática social de éstos.
- Incluir en la currícula de los colegios aspectos de sexualidad, no sólo centrados en riesgos y reproducción sino en los que generalmente no se abordan, como el placer, ética, valores, responsabilidad y desarrollo humano.
- Coordinación multidisciplinaria entre el MINSA, el Ministerio de Educación y otras instituciones para desarrollar estrategias que beneficien a este grupo etareo en salud sexual y reproductiva.

A LA SOCIEDAD Y FAMILIA

- Reconocer, valorar y respetar a los adolescentes como sujetos de derecho.
- Fortalecer el rol de la familia recuperando los espacios de comunicación intrafamiliar y brindar protección a la salud física y emocional de los adolescentes.
- Rescatar algunas estrategias puestas en práctica y que no han contado con el seguimiento y fortalecimiento adecuado como las escuelas de padres, capacitación de docentes de educación básica, formación de pares.
- Brindar información en educación sexual, regular la información que difunden y ponderan los medios de comunicación y promover espacios de recreación.
- Generar espacios de libre comunicación con los adolescentes sobre aspectos de su vida sexual.

A LOS ADOLESCENTES

- Empoderarse en la defensa de sus derechos sexuales y reproductivos recordando que son sujetos de deberes y obligaciones, así como en una perspectiva de género con equidad y respeto.
- Organizarse para hacer vigilancia ciudadana de las prestaciones que les brindan en los servicios de salud.
- Iniciar una vida sexual a partir de una toma de decisión informada, responsable, basada en la ética y valores.

A LOS PROFESIONALES

- Desarrollar investigaciones multidisciplinarias que indaguen desde la perspectiva de los adolescentes del Cusco sobre: características socioculturales de los adolescentes; relaciones de género que se construyen entre adolescentes y su impacto en la salud sexual y reproductiva; representaciones sociales que construyen los adolescentes sobre la atención que reciben en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva y su relación con el uso o no de éstos; así mismo investigar sobre los contextos en que se da el inicio sexual de los adolescentes.
- Actualizar los conocimientos y especializarse en salud integral de los adolescentes.
- Reflexionar su propia sexualidad para abordar con sensibilidad y objetividad la sexualidad de los adolescentes.
- Respetar en los servicios a los adolescentes brindándoles una información y atención oportuna de calidad y con calidez.
- Asumir la atención del adolescente con pleno convencimiento de su sensibilidad frente a la problemática que enfrente este grupo etareo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. CÁCERES, Carlos y VARGAS, Rosana, *Las experiencias de Servicios diferenciados para adolescentes en cinco ciudades del Perú*, año 2001. En la Salud Sexual como Derecho en el Perú de Hoy. REDESS Joven, Primera Edición Lima- Perú 2002.
2. CARRILLO, Hector. *The Night Is Young: Sexuality in Mexico in the Time of AIDS*, The University of Chicago Press. USA – 2002.
3. CONFERENCIA INTERGUBERNAMENTAL DE POBLACIÓN Y DESARROLLO DEL CAIRO 1994. Capítulo VII 7.2
4. CONNELL, RW. *La organización de la masculinidad*. En: Valdez, T. Y Olavarría, J. (Orgs.): *Masculinidades: Poder y Crisis*. Santiago de Chile: FLACSO Chile. (1997).
5. CHELALA, Cesar A. *La Salud de los Adolescentes y los Jóvenes en las Américas: Escribiendo el futuro*. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Washington 1995.
6. DE BARBIERI, Teresita. *Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica*. En: *Fin de siglo, género y cambio civilizatorio*. Ediciones de las Mujeres. No. 17. Isis Internacional, Santiago de Chile, 1992.
7. FAMILY CARE INTERNATIONAL. *Compromisos para la salud y los Derechos sexuales y Reproductivos de todos*. Marco de Acción. Nueva York USA. 1995.
8. FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. UNFPA *Buenas prácticas en Promoción de Derechos y Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes*. Equipo de Apoyo Técnico de América Latina y el Caribe. México 2006.
9. GUZMAN, José; HAKKERT, Ralph; CONTRERAS, Juan; FALCONIER DE MOYANO, Martha. *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América latina y el caribe*. FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS .Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe. 2000.
10. LA ROSA HUERTAS, Liliana, *Modelos de atención de Salud para Adolescentes en el Sector Público. Estudio de diez experiencias en el Perú*. Segunda Edición SPAJ. Lima, Perú 2001.
11. LA ROSA HUERTAS, Liliana. *Adolescencia e iniciación sexual*. Universidad Peruana Cayetano Heredia – Centro de Salud Pública. Lima-Junio 1997.
12. LÓPEZ, Lucy; LA ROSA, Liliana; *Capacitando a profesionales de Salud para Atención Integral de adolescentes con énfasis en salud Reproductiva: Metodología*. Lima 1993.
13. LUNDGREN, Rebecka. *Protocolos de Investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones y hombres jóvenes en América Latina: División y Protección de la salud, Programa de Familia y Población*. OPS, Washington 2000.
14. OMS/FNUAP/UNICEF: *Higiene de la reproducción en la adolescencia. Estrategia de acción*. Washington, 1989.

15. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS. *Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Transformando los sistemas de salud: Género y derechos en salud reproductiva. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Familia y Salud Comunitaria.* Washington 2001.
16. PÉREZ ANDRADE, Patricia. *Los jóvenes secundarios de la Comuna de Ñuñoa: Un Estudio de sus Representaciones Sociales sobre el Consumo de Drogas" Chile 2000.*
17. PINEDA, E y Col. *Metodología de la investigación.* OPS. 2da Edición. Washington D.C. 1994.
18. QUINTANA, Alicia; HIDALGO, C y DOUROJEANNI, D. *Escuchen nuestras voces. Representaciones Sociales e Itinerarios de salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes.* Instituto de Educación y Salud. Lima, Perú 2003.
19. QUINTANA, Alicia; VÁSQUEZ, Ernesto, "Género y Salud Sexual". IES, Lima 1997.
20. QUINTANA, Alicia; HIDALGO, Catalina. *Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes. Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú.* Instituto de Educación y Salud – IES. Lima 2003.
21. RAMOS, Irma; BILLINGHURST, Violeta; SALAZAR, Victor, *Prácticas sexuales y uso de servicios en adolescentes de centros poblados urbanos de Santa, Cajamarca, Chulucanas y Mazán, año 2001. En la Salud Sexual como Derecho en el Perú de Hoy.* REDESS Joven, Primera Edición Lima- Perú 2002.
22. SANTROCK, John W. *Adolescencia.* Editorial Mc Graw – Hill/Interamericana de España. 9na Edición. 2003 p, 5-6.
23. SENDEROWILTZ, Judith. *Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables a la juventud. FOCUS en adultos Jóvenes.* Serie de Investigación, Programas y Políticas. Pathfinder International. Washington D.C. 1999.
24. SOCIEDAD PERUANA DE ADOLESCENCIA Y JUVENTUD. SPAJ. *Salud de los y las adolescentes, Inversión social para cerrar brechas de inequidad.* Lima-Perú. 2002.
25. SHUTT-AINE, Jessie, MADDALENO, Matilde. *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas.* OPS. Washington. 2003. OPS, Washington. 2003.
26. TAYLOR, J. Y BOGDAN, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.* Ed. Paidos, España. 1992 p. 34.
27. VALVERDE, Rocío. *Percepciones y comportamientos frente a la usuaria adolescente.* En CORDERO, Marisol; JIMÉNEZ, Oscar; MENÉNDEZ, María; VALVERDE, Rocío; YON, Carmen. *Más allá de la intimidad, cinco estudios de sexualidad, salud sexual y reproductiva.* Lima, Lluvia Editores. 1996.

HEMEROGRAFIA

1. AGGLETON, Peter; *Trabalhando com jovens: Implicações para pesquisa e a organização de programas* en Revista "Adolescencia Latinoamericana" v 2 n3. Porto Alegre, Brasil 2001.
2. CALERO, Jorge, *Investigación cualitativa y cuantitativa. Problemas resueltos en los debates actuales*. En Revista Cubana de Endocrinología. Vol. 11 – 3 Cuba 2000.
3. CHAMBI C. María. *Tesis de Maestría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Estudio cualitativo sobre percepciones del personal de salud acerca de la salud reproductiva de la adolescente UTES SAN ROMAN- Puno*. Lima 1997.
4. DIRESA Cusco, Área Informática – Dirección Estadística e Informática y Telecomunicaciones – *Evaluación de Etapa de Vida del Adolescente*. Año 2007.
5. DIRESA Cusco, Dirección Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria. *Población Projectada Cusco*, 2007.
6. DIRESA Cusco, Área Informática – Dirección Estadística e Informática y Telecomunicaciones – *Evaluación de Etapa de Vida del Adolescente*. Año 2007.
7. DIRESA Cusco, Dirección Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria. *Población Projectada Cusco*, 2007.
8. ENCUESTA NACIONAL DE JUVENTUD 2000. *Jóvenes mexicanos del siglo XXI*. México - 2000.
9. EISENHARDT K.M. *Better stories and beeter constructs the case for rigor and comparative logia*. Academy of Management Review, 16 (3). 1991.
10. FAMILY CARE INTERNATIONAL. *Fichas informativas sobre Salud Sexual y Reproductiva*. Nueva York USA. 2000.
11. FERRANDO, Delicia. *Diagnóstico inicial de Servicios de Atención Integral para Adolescentes y línea de base Lima. Pathfinder Internacional Perú. Print en circulación*. S/F 2000.
12. GOMENSORO, Arnaldo. *La irresponsabilidad sexual de los jóvenes*. En: Revista Alborada. No. 218. Colombia, Medellín, octubre de 1981. p. 371.
13. HASLEGRAVE, Marianne; OLATUNBOSUN, Olufemi. *Incorporating the attention of the Sexual and Reproductive Health in the medical curriculum in developing countries*. En revista: Reproductive Health Matters 11(21), 2004.
14. HUERTA, Encarnación. *Conceptualizaciones que los alumnos de la preparatoria N°. 55 tienen sobre la salud sexual y acciones que ejercen para cuidarla*. En Archivos Hispanoamericanos de Sexología Vol. XI, No. 2, México, 2005.
15. IX CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN 1993. Instituto Nacional Estadística Informática. Perú.
16. INEI. ENDES, Perú, 2000.
17. INEI. ENAHO, Perú, 1998.

18. LAMAS, Marta. *“Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género”*, En Revista La ventana N°1. México, 1995.
19. MARTÍNEZ Carazo, C. *El Método de Estudio de Caso: Estrategia metodológica de la Investigación Científica*. Revista Pensamiento y Gestión. Universidad del Norte. Julio N° 020. Colombia 2006.
20. MINSA, Lineamientos de política de salud de los/las adolescentes. Lima, Perú. 2005
21. NARRING, Françoise. *Metodología de investigación cualitativa: una revisión crítica de su aplicación a los adolescentes*, en: Revista Adolescencia Latinoamérica. Vol .2 n°3, Porto alegre, Brasil 2001.
22. NÚÑEZ, H; Rojas, A; *Revisión conceptual y comportamiento del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres*. Revista Costarricense de Salud Pública 7(13):38-54, 1998.
23. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD & ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. *En Salud sexual y reproductiva. En: Comunicación para la Salud N° 8*. Washington 2001.
24. RODRÍGUEZ SALAZAR, Tania. *De Las Representaciones En La Psicología Social*. En Relaciones, invierno, Vol.24, N° 93. México 2003.
25. RUZANY, M & SZWAECWALD, Celia. *Oportunidades perdidas en la atencão integral ao adolescente: Resultados do estudo-piloto*. En Rev. “Adolescencia Latinoamericana” 1414-7130/00/2-26-35. Brasil 2000.
26. SINGH, S.; WULF, D.; SAMARA, R.; CUCA, Y.P. *“Gender Differences in the Timing of First Intercourse: Data from 14 Countries”*. International Family Planning Perspectives. Marzo, vol. 26, no. 1. 2000.
27. WORD, Kate; JEWKES, Rachel. *Locks blood and nurses repressors: barriers to contraceptive use among adolescents in South Africa*. En revistas :Reproductive Health Matters 14(27), 2006.

INTERNET

1. BEARINGER, L; SIEVING, Renee, FERGUSON, Jane; SHARR, Vinit. En Revista The Lancet 2007, 369:1220-1231. *Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: Prevention, and pote*
URL: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607603675/fulltext>
printer, revisado, el 17-05-07.
2. COLLIGNON, Martha. *Jóvenes y Sexualidad. Notas para un acercamiento metodológico. Diálogos de la comunicación.* URL http://www.dialogosfelafacs.net/dialogos_epoca/pdf/65-05MariaCollignon.pdf., revisado 02-10-07
3. DOS SANTOS, L; BÉRIA, Jorge; TOMASI, Eliana. *Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan?.* URL: <http://biblioteca.universia.net/bura/ficha/params/id/540550.html>. revisado el 23-10-07.
4. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (FHI). Satisfacción de las necesidades de los clientes jóvenes: Una guía para prestar servicios de salud reproductiva a los adolescentes. Derechos reservados 2001, URL: <http://www.fhi.org> revisado 20-06-07.
5. FREYRE, Eleodoro, *La sexualidad del adolescente y problemas asociados.* URL: http://www.acadnacmedicina.org.pe/publicaciones/anal_agodic04/01trabajos_incorporación/Eleodoro_Freyre_Roman.pdf , revisado el 19-05-08.
6. INOSTROZA, Carolina; QUIJADA, Yanet y Col. *Seminario de Adolescencia. Universidad de Concepción.* Chile.2005. URL: <http://www2.udec.cl/ivalfaro/apsique/desa/adolescencia.htm>, revisado el 20-06-07.
7. MADDALENO, M; MORELLO, P; INFANTE-ESPÍNOLA, F. *Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década.* En revista Salud Pública. V. 45 supl.1. México, Cuernavaca 2003. URL: <http://cielo.unam.mx/scielo.php?>, revisado el 24-02-07.
8. MEAD, Margaret. *Sex and temperament in tree Primitive societies.* URL: http://www.identidades.org/fundamentos/mead_temperamento.htm, revisado el 20-04-07.
9. MORA, Martín. *La Teoría De Las Representaciones Sociales de Serge Moscovici.* Universidad de Guadalajara. México en www.bib.uab.es/pub/athene/15783646n2a8.pdf, revisado el 18 de enero 2006.
10. SHUTT-AINE, Jessie, MADDALENO, Matilde. *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas.* Organización Panamericana de Salud- OPS. Washington D. C. 2003. <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPPF/ADOL/SSRA.pdf>. revisado el 10-02-08.

ANEXOS

PRIMER ANEXO

PROYECTO DE TESIS DOCTORAL

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST GRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



PROYECTO DE TESIS DOCTORAL

***“REPRESENTACIONES SOCIALES CONSTRUIDAS
POR LOS/AS OBSTETRAS SOBRE LA ATENCIÓN EN
SALUD REPRODUCTIVA PRESTADA A
ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DEL CUSCO-2007”***

MGT. ROSARIO ISABEL SOTO BRINGAS

CUSCO-PERÚ

2006

I. PREÁMBULO

La Organización Mundial de Salud define la adolescencia como un período que transcurre entre los 10 y 19 años de edad, subdividida en adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años⁵⁵.

Según el IX Censo Nacional de Población realizado en 1993 la población de adolescentes asciende a 5'027,141 que corresponde al 22.2% de la población total, aproximadamente la quinta parte de nuestra población⁵⁶, se trata de una población importante por la problemática que presenta, con altas tasas de embarazo, mortalidad materna, altos porcentajes de abortos en condiciones de alto riesgo, menor acceso a servicios de salud reproductiva y alta incidencia en ETS y VIH, etc.

Según los reportes de Raguz 2002⁵⁷, el 22% de todas las adolescentes están iniciadas sexualmente, de las cuales el 23% se inició antes de los 15 años; el 13% de mujeres de 15 a 19 años ya son madres (10.7%) o están gestando por primera vez, manteniéndose las tasas de fecundidad relativamente estables. Las adolescentes que radican en zonas rurales y con menor nivel educativo se encuentran dentro de éstas estadísticas, por ello es significativo que el 75% de las adolescentes que participaron en esta investigación expresaron que tenían un ideal reproductivo de ningún hijo⁵⁸.

En Cusco las estadísticas de los adolescentes no difieren mucho de las nacionales, así podemos observar que entre el año 2003 al 2004, hubo 27,700 embarazos en adolescentes (26.11%) de las cuales sólo 1, 885 realizaron control pre natal, además se registraron 1,837 abortos y del total de muertes maternas, el 10% corresponden a ésta población. En nuestra región, el inicio de relaciones sexuales en adolescentes se presenta más entre los 15 y 17 años, con un porcentaje de 28% de inicio más alto que el promedio nacional 22%⁵⁹.

Las cifras evidencian los altos porcentajes de adolescentes con escaso acceso a servicios de atención, orientación y consejería en salud sexual y reproductiva dirigidos

⁵⁵ OMS/FNUAP/UNICEF: Higiene de la Reproducción en la Adolescencia. Estrategia de Acción 1989.

⁵⁶ Instituto Nacional de Estadística e Informática. IX CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN 1993. Perú.

⁵⁷ Raguz, M. Salud Sexual y Reproductiva Adolescente Juvenil: Condicionantes Sociodemográficos e Implicancias para Políticas, Planes y Programas e Intervenciones. CIDE-INEI. Lima 2002.

⁵⁸ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (informe preliminar) Lima. 2005.

⁵⁹ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima. 2000.

a ellos y la falta de políticas orientadas a cubrir sus necesidades, lo que constituye un factor de riesgo para la su salud sexual y reproductiva.⁶⁰

Diferentes estudios realizados en la población adolescente, mencionados en las orientaciones técnicas para la promoción de la salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud⁶¹, señalan que existen dificultades de acceso a métodos de planificación familiar, debido a que los(as) adolescentes se inhiben de acudir a los servicios de salud por el temor a la censura social y porque los servicios de salud no responden a sus expectativas.

Es importante recordar que la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo, dentro de la Plataforma de Acción recomendó priorizar la atención integral al adolescente en aspectos de salud reproductiva protegiendo y promoviendo sus derechos en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva, para así reducir el número de embarazos entre las adolescentes (CIPD 7.44 (a, b), 7.46)⁶².

La atención en salud reproductiva para los(as) adolescentes contempla, como lo refiere La Conferencia del Cairo y Beijing, elaborar servicios integrados, con información y educación que aludan cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva, entre ellas el embarazo no deseado, el aborto en malas condiciones, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA⁶³.

Por lo que la atención en Salud Reproductiva brindada a los(as) adolescentes debería ser considerada una de las prioridades en el desarrollo de políticas de salud a nivel nacional, regional y local, como se planteara en ésta conferencia.

A partir de 1990 en nuestro país se desarrollaron experiencias piloto de servicios diferenciados para adolescentes desde el MINSA, EsSALUD y diversas organizaciones no gubernamentales, muchas de las cuales no han tenido sostenibilidad en el tiempo.

En el año de 1991 se puso en funcionamiento el Primer Plan Nacional de Salud Integral Escolar y Adolescente por un período de cinco años, el segundo Plan del 1997

⁶⁰ Zamalloa, K & col. Centro de la Mujer Flora Tristán . Cusco, Salud Sexual y Reproductiva.

⁶¹ MINSA. Orientaciones Técnicas para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima- 2005

⁶² FAMILY CARE INTERNACIONAL. Compromisos para la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos de Todos. Marco de Acción. Nueva Cork.1995.p.40

⁶³ Op. cit. FAMILY CARE INTERNACIONAL

al 2001 puso énfasis en la descentralización de las regiones para organizar los servicios de acuerdo a sus necesidades. A partir del año 2001 este programa forma parte de La Dirección de Salud de la Mujer, Niño y Adolescente, luego en el año 2003 con la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) la atención de los adolescentes es normada por el Área Etapa de Vida Adolescente.

Desde el 2005, se cuenta con Lineamientos de Política de Salud de los(as) adolescentes, que señala “Acceso universal de los(as) adolescentes a una atención integral y diferenciada en los servicios públicos y privados de salud; con especial énfasis en salud mental, salud sexual y reproductiva...”⁶⁴

Si bien existe una normativa en la atención de la salud de los adolescente, ésta no es implementada adecuadamente en la ciudad del Cusco, consecuencia de ello es la escasez en nuestro medio de servicios exclusivos y diferenciados para la atención del y de la adolescente.

Los programas y servicios de atención en salud sexual y reproductiva, son implementados sin tomar en cuenta las representaciones sociales y significados de los(as) adolescentes, lo que ocasiona servicios de salud desarticulados de sus preferencias y necesidades.

La calidad del servicio que se brinda depende fundamentalmente del prestador/a del servicio que es el que está en contacto directo con el (la) adolescente por lo que su percepción sobre el servicio que brinda, el conocimiento y la destreza con la que cuenta para ello es importante.

A partir de la presente investigación se propone aportar en la reorientación de los servicios de atención en salud sexual y reproductiva diferenciado para adolescentes, para satisfacer las necesidades de los adolescentes, asegurando que los servicios de salud y las actitudes de los proveedores que brindan el servicio no limiten el acceso de los(as) adolescentes a los servicios e información necesaria. Estas actitudes deben respetar el derecho a la vida privada, la confidencialidad, evitando actitudes juzgadoras y sancionadoras.

⁶⁴ MINSA. Documento Técnico Centros de Desarrollo Juvenil. “Un Modelo de Atención Integral de salud para Adolescentes. Lima 2006.

La atención en salud reproductiva de los adolescentes en el Cusco no se hace en forma diferenciada, se cuenta con un solo consultorio para la atención general de los(as) usuarias, y existe escaso o casi nulo personal especializado en la atención de los(as) adolescentes. ¿Esta ausencia de personal especializado en la atención de los adolescentes, la carencia de servicios diferenciados estará limitando su acceso a los servicios?, ¿será una limitante la percepción de los(as) obstetras de la ciudad del Cusco acerca de esta atención en salud reproductiva prestada a los(as) adolescentes?



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO:

Capítulo 1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1. Enunciado del Problema.-

Representaciones sociales construidas por los/as obstetras de la ciudad del Cusco sobre la atención en Salud Reproductiva prestada a adolescentes?

1.2. Descripción del Problema.-

1.2.1 Área del Conocimiento.-

- a) **Campo:** El problema de investigación está ubicado en el campo de las Ciencias de la Salud.
- b) **Área:** En el área de la Obstetricia.
- c) **Especialidad:** Atención al adolescente.
- d) **Línea:** Salud sexual y reproductiva.

1.2.2 Análisis de categorías:

Se procederá a definir las categorías fundamentales de las que se partió para el desarrollo de la presente investigación, éstas fueron guías básicas para la realización del estudio, con el interés de explicitar la mayor cantidad de información a partir de los discursos de los sujetos participantes.

Representaciones sociales

Entendiendo la representación social, como lo plantea Jodelet D. 1991 una forma de conocimientos, conocido como “sentido común”, que orienta la acción, permite interpretar y construir la realidad, incluso lo inesperado. Constituye un tipo de pensamiento práctico⁶⁵.

⁶⁵ Rodríguez Salazar, Tania. DE LAS REPRESENTACIONES EN LA PSICOLOGIA SOCIAL. En Relaciones, invierno, Vol.24, Nº 93. México 2003.

Por lo tanto, el supuesto teórico, que guía esta investigación, es que las representaciones sociales, respecto a la atención de salud reproductiva a adolescentes, se enmarcan dentro de contextos particulares de interacción social, los cuales reproducen esas representaciones dándole a la acción un sentido social aceptado, por lo tanto orientan la conducta de los miembros del grupo.

De todo el amplio abanico de representaciones sociales, para este estudio nos interesan las que son atribuidas a la atención en salud reproductiva de los/as adolescentes adscritos al contexto de los servicios de salud de la ciudad del Cusco.

Adolescencia

Período que comprende de los 10 a los 19 años⁶⁶.

Salud reproductiva del adolescente

Se refiere al bienestar físico y emocional de los adolescentes e incluye su preparación para no afrontar embarazos no deseados, ni abortos realizados en condiciones de riesgo, infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH /SIDA y toda forma de violencia y coacción sexual⁶⁷.

La salud reproductiva

El concepto de salud reproductiva acuñada en la Conferencia Intergubernamental de Población y Desarrollo del Cairo 94⁶⁸, como “un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos..”, nos permite analizar la salud del (la) adolescente de manera integral, no sólo como planificación familiar, sino insertar en este análisis la salud sexual y reproductiva, integrando aspectos sociales, culturales, demográficos, de desarrollo y de género.

Atención en Salud Reproductiva. Incluye:

1. Información y orientación en servicios de planificación familiar.

⁶⁶ OMS/FNUAP/UNICEF: Higiene de la reproducción en la adolescencia. Estrategia de acción.1989.

⁶⁷ FAMILY CARE INTERNATIONAL. Fichas informativas sobre Salud Sexual y Reproductiva. Nueva York USA. 2000.

⁶⁸ Conferencia Intergubernamental de Población y Desarrollo del Cairo 1994. Capitulo VII 7.2

2. Atención prenatal, del parto y post natal.
3. Prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y las infecciones del tracto reproductivo.
4. Legalidad en servicios seguros de aborto y tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto.
5. Atención de salud infantil.
6. Prevención y el tratamiento de infertilidad.
7. Información, educación y orientación en materias de sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad y maternidad responsable.
8. Diagnostico y tratamiento de cáncer ginecológico⁶⁹.

Para esta investigación sólo tomaremos los ítems 1, 2, 3 y 7.

Percepciones sobre el servicio que brinda al adolescente por parte del proveedor/a:
Experiencia que tiene el/la proveedor/a brindando el servicio, que le permita emitir un juicio u opinión de éste.

Expectativas que identifican los proveedores de los adolescentes en la oferta del servicio.

Necesidades en el uso del servicio: Se consideró todo aquello que el proveedor percibe como necesario y prioritario para la atención del adolescente.

Construcciones de género

Son un tipo de relaciones que ha construido la sociedad a partir de las diferencias sexuales. El género como una categoría de las ciencias sociales permite analizar las relaciones entre varones y mujeres; se entiende, como una red de símbolos culturales, prácticas, conceptos normativos, valores sociales y patrones institucionales, que las sociedades elaboran a partir de las diferencias anatomofisiológicas, que dan sentido a las relaciones que las personas establecen entre sí, contribuyendo a conformar la identidad de este género.

Se considera como construcciones de género aquellas representaciones de los sujetos acerca de lo que es ser varón y mujer, de lo que se considera femenino y masculino

⁶⁹ FAMILY CARE INTERNATIONAL. Fichas informativas sobre Salud Sexual y Reproductiva. Nueva York USA. 2000.

las cuales, aunque han sido original y tradicionalmente ancladas en las estructuras corporales y los procesos de reproducción humana, pueden trascenderlos y transformarse^{70, 71}

LISTA DE CÓDIGOS Y CATEGORÍAS:

1. Representaciones sobre la adolescencia.

- 1.1 Percepción sobre adolescencia
- 1.2 Problemática. Aspecto socioeconómico, suicidio, violación.
- 1.3 Necesidades.

2. Representaciones sobre Derechos Sexuales y reproductivos de adolescentes.

- 2.1 En el desarrollo de la consulta.
- 2.2 Necesidades de capacitación.

3. Representaciones sobre inicio de relaciones sexuales:

- 3.1. Edad de inicio.
- 3.2. Asociaciones al inicio de las relaciones sexuales.
- 3.3. Presión de pares.
- 3.4. Contextos donde se inician sexualmente los adolescentes.

4. Representaciones sobre la atención de la salud reproductiva de los adolescentes.

- 4.1. Información que reciben.
- 4.2. Uso de métodos anticonceptivos.
 - 4.2.1. Opinión sobre el reparto de condones y estrategias para su prescripción.
- 4.3 Enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA.
- 4.4 Atención del embarazo, parto y puerperio.
 - 4.4.1 Cómo es la atención en los servicios de salud
 - 4.4.2 Sentimientos del proveedor sobre embarazo en adolescentes.

⁷⁰ Connell, RW. La organización de la masculinidad. En: Valdez, T. Y Olavarría, J. (Orgs.): Masculinidades: Poder y Crisis. Santiago de Chile: FLACSO Chile. (1997).

⁷¹ De Barbieri, Teresita. Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica. En: Fin de siglo, género y cambio civilizatorio. Ediciones de las Mujeres. No. 17. Isis Internacional, Santiago, 1992.

4.4.3 Percepción del proveedor de la reacción de la adolescente ante un embarazo no deseado.

4.4.4 Perfil de la adolescente que va a la consulta.

4.4.5 Percepción del proveedor de la reacción de los padres ante el embarazo de la adolescente y soluciones.

4.4.6 Consejería ante el embarazo del adolescente.

4.4.7 Percepción de las opciones de aborto del adolescente y posición frente a ello.

5. Representaciones sobre ejercicio de la sexualidad de adolescentes.

5.1 Sexo anal.

5.2 Prostitución.

5.3 Masturbación.

5.4 Homosexualidad.

5.5 Virginidad.

5.6 Mitos.

5.7 Sexualidad del adolescente y el matrimonio.

5.8 Consejería en el ejercicio sexual.

6. Representaciones sobre el servicio a brindar en salud reproductiva para adolescentes.

6.1 Características del servicio de salud reproductiva para adolescentes.

6.1.1 Horarios y tiempo de consulta.

6.1.2 Ambientación.

6.1.3 Afluencia de adolescentes a los servicios.

6.1.4 Edad del adolescente que acude al servicio

6.1.5 Percepciones sobre la conducta del adolescente en la atención.

6.1.6 Expectativa de los adolescentes.

6.1.7 Atenciones que se brindan en la consulta.

6.2 Limitaciones en la atención.

6.3 Características de proveedor.

6.4 Sobre la capacitación.

6.5 Momentos de apuro para el proveedor en la consulta

6.6 Estrategias propuestas.

7. Aspectos de género identificados en los proveedores del servicio.

7.1 Prejuicios de género en la consulta.

Objetivos del estudio	Categorías de análisis	Subcategorías de análisis
1. Describir las representaciones sociales que tienen los obstetras de la ciudad del Cusco, sobre los/as adolescentes.	1 La adolescencia.	1.1 Percepciones sobre adolescencia. 1.2 Problemática: 1.2.1 Aspecto socioeconómico. 1.2.2 Suicidio 1.2.3 Violación. 1.3 Necesidades.
2. Describir las representaciones sociales que tienen los obstetras de la ciudad del Cusco sobre derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.	2 Representaciones sobre Derechos Sexuales y reproductivos de adolescentes.	2.1 En el desarrollo de la consulta. 2.2 Capacitación sobre el tema.
3. Describir las representaciones sociales que tienen los obstetras de la ciudad del Cusco sobre sexualidad de los adolescentes	3 Representaciones sobre inicio de relaciones sexuales:	3.1 Edad de inicio. 3.2 Asociaciones al inicio de las relaciones sexuales. 3.3 Presión de pares. 3.4 Contextos donde se inician sexualmente los adolescentes.
4. Describir las representaciones sociales que tienen los/as profesionales obstetras de la ciudad del Cusco sobre la atención en Salud reproductiva a adolescentes.	4 Representaciones sobre la atención de la salud reproductiva de los adolescentes.	4.1 Información que reciben. 4.2 Uso de métodos anticonceptivos. 4.2.1 Opinión sobre el reparto de condones y estrategias para su prescripción. 4.3 Enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA. 4.4 Atención del embarazo, parto y puerperio. 4.4.1 Cómo es la atención en los servicios de salud. 4.4.2 Sentimientos del proveedor sobre embarazo en adolescentes. 4.4.3 Percepción del proveedor de la reacción de la adolescente ante un embarazo no deseado. 4.4.4 Perfil de la adolescente que va a la consulta. 4.4.5 Percepción del proveedor de la reacción de los padres

<p>5. Identificar las representaciones sociales que tienen los obstetras de la ciudad del Cusco sobre la sexualidad de los adolescentes.</p>	<p>5 Representaciones sobre ejercicio de la sexualidad de adolescentes.</p>	<p>ante el embarazo de la adolescente y soluciones. 4.4.6 Consejería ante el embarazo del adolescente. 4.4.7 Percepción de las opciones de aborto del adolescente y posición frente a ello.</p> <p>5.1 Sexo anal. 5.2 Prostitución. 5.3 Masturbación. 5.4 Homosexualidad. 5.5 Virginidad. 5.6. Mitos. 5.7 Sexualidad del adolescente y el matrimonio. 5.8 Consejería en el ejercicio sexual.</p>
<p>6. Identificar las representaciones de los proveedores sobre las limitaciones en la atención de la salud sexual y reproductiva que se brinda a los adolescentes.</p>	<p>6 Representaciones sobre las limitaciones en la atención de salud sexual y reproductiva para adolescentes.</p>	<p>6.1 Características del servicio de salud reproductiva para adolescentes. 6.1.1 Horarios y tiempo de consulta. 6.1.2 Ambientación. 6.1.3 Afluencia de adolescentes a los servicios. 6.1.4 Edad del adolescente que acude al servicio. 6.1.5 Percepciones sobre la conducta del adolescente en la atención. 6.1.6 Expectativa de los adolescentes. 6.1.7 Atenciones que se brindan en la consulta.</p> <p>6.2 Limitaciones en la atención 6.3 Características de proveedor. 6.4 Sobre la capacitación. 6.5 Momentos de apuro para el proveedor en la consulta. 6.6 Estrategias propuestas.</p>
<p>7. Indagar sobre los aspectos de género que construyen los(as) obstetras en la atención de los adolescentes.</p>	<p>7. Aspectos de género identificados en los proveedores del servicio.</p>	<p>7.1 Prejuicios de género en la consulta.</p>

1.2.3 Interrogantes básicas.-

- a) ¿Cuáles son las representaciones sociales que tienen los obstetras de la ciudad del Cusco, sobre los/as adolescentes?
- b) ¿Qué representaciones sociales tienen los obstetras de la ciudad del Cusco sobre sexualidad de los adolescentes?
- c) ¿Qué representaciones sociales tienen los/as profesionales obstetras de la ciudad del Cusco sobre la atención en Salud reproductiva a adolescentes?
- d) ¿Cuáles son las representaciones sociales que tienen los obstetras de la ciudad del Cusco sobre las necesidades en salud reproductiva de los adolescentes?
- e) ¿Qué limitaciones construye el proveedor para el acceso de los(as) adolescentes a los servicios de salud?
- f) ¿Cuáles son los aspectos de género que construyen los(as) obstetras en la atención de los adolescentes?

1.2.4 Tipo y nivel del Problema.-

El problema a investigar por el propósito y finalidad es aplicado, según la clase de medios utilizados para obtener los datos, es de campo, y en cuanto al nivel de conocimientos es fundamentalmente exploratorio descriptivo, de diseño cualitativo; que profundiza en un tema sobre el cual existe escasa información tanto en el ámbito regional como nacional, se registrará la información de corte transversal mediante exhaustivas entrevistas individuales, con una muestra intencional (se seleccionó a las participantes con criterios de heterogeneidad y no criterios estadísticos).

1.3 Justificación del Problema.-

Como se ha planteado anteriormente la salud reproductiva del adolescente es un problema prioritario de salud, que si no es atendido adecuadamente con servicios de calidad, que respondan a sus necesidades, se seguirán incrementando los embarazos no deseados, abortos en condiciones de riesgo y por consiguiente la mortalidad materna en este grupo poblacional, así como las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

A nivel internacional, nacional y local la población de menores de 20 años es una población que representa casi la quinta parte de la población. Capital humano de un país.

Si bien es cierto el período de la adolescencia es el período más saludable del ser humano por los bajos índices de morbilidad general, sin embargo algunas situaciones vividas por ellos y ellas generan estilos de vida peligrosos sobre todo en lo referente al ejercicio de su sexualidad y salud reproductiva, que si no son atendidos adecuadamente, marcaran su vida futura. Considero necesario aportar en la generación de conocimientos que permitan abordar esta problemática a través de medidas preventivas y de promoción de la salud.

Los indicadores de salud de los adolescentes del Cusco, como embarazo en adolescentes, abortos en condiciones de riesgo, ITS y VIH-SIDA evidencian las dificultades para poder articular servicios de calidad que respondan a las expectativas y necesidades de los adolescentes.

En este contexto, la presente investigación intenta conocer cuáles son las representaciones que tienen los/as obstetras de la ciudad del Cusco sobre la atención en Salud Reproductiva prestada a adolescentes, así como aportar en el análisis e interpretación de las representaciones de éstos(as), del proceso de la adolescencia y de la atención en salud reproductiva. Asimismo pretende analizar como estas representaciones intervienen en la atención de los adolescentes en el Servicio de Salud.

Esta información no sólo permitirá conocer esta problemática y su causalidad, sino que será un insumo para la toma de decisiones en políticas de salud regional y local a fin de lograr servicios de salud de calidad, con respeto a sus derechos reproductivos y que respondan a las expectativas y necesidades de los(as) adolescentes.

El enfoque metodológico de esta investigación es cualitativo, por lo que es un aporte importante en nuestro medio ya que no se han realizado muchos trabajos con esta metodología y más escasos todavía son los aplicados a la atención a adolescentes, la metodología aplicada nos permite un acercamiento a la realidad social y cultural de manera diferente, para comprender dimensiones de la atención del adolescente que hasta ahora no se habían tomado en cuenta, como son los significados y la función de símbolos y rituales relacionados con ésta atención y los propios adolescentes.

Además de lo expuesto, el interés por investigar este tema, fue reforzado a partir de la labor asistencial y docente de la investigadora, de la escasa información existente acerca de la prestación de salud por parte de los proveedores a los adolescentes y sobre todo, por la certeza de que existe una infinita riqueza en el proceso de atención de estos que aún no ha sido reportada.

1.4 Limitaciones de la investigación.

Dentro de las limitaciones que encontramos en la presente investigación tenemos las siguientes:

En las investigaciones cualitativas el investigador no se mantiene neutro en la priorización y selección de los objetivos, ni en el análisis de los discursos, ya que se ve influenciado por su formación profesional, sus planteamientos de partida y su perspectiva de abordaje del fenómeno de estudio, lo que se va a influenciar sobre el proceso y los resultados. Esta interacción entre investigador e investigado es importante en el proceso de producción de conocimientos y elemento importante del proceso de estudios sociales.

Los resultados de la presente investigación no se basan en la probabilidad estadística, sino en la pertinencia e interpretación del análisis, por lo que se busca explicaciones en profundidad, generalizables desde un punto de vista lógico y transferible en función al contexto social en donde se lleva a cabo la investigación.

Hay resistencia a aceptar los resultados de las investigaciones cualitativas por parte de los investigadores con abordaje cuantitativo, ya que observan dificultades para realizar abstracciones teóricas a partir de los datos concretos, cuando faltan datos numéricos, y por la poca familiaridad de éstos con la metodología de la investigación cualitativa.

2 MARCO CONCEPTUAL

2.1. Las Representaciones Sociales

El concepto de representación colectiva aparece desde la sociología acuñado por Durkheim, para quien los fenómenos culturales de vasto alcance como la religión constituían sistemas de representaciones que tienen como objeto expresar, comprender, relacionar, clasificar y sistematizar el mundo. En ese sentido Durkheim

pensaba que " las representaciones colectivas son externas a las conciencias individuales, esto depende del hecho de que no se derivan de los individuos tomados aisladamente, sino de su cooperación (...) El todo supera a cada una de sus partes." explicando así que lo colectivo no se podía reducir a lo individual.^(72 73 74)

Moscovici integra en una Psicología social las aportaciones de diversas disciplinas y retoma este concepto de representación elaborando la teoría de las representaciones sociales, en la década de los '60, generando un campo de investigación de reconocida utilidad para la sociología y la Psicología Social.

Jodelet desarrolla a partir de Moscovici la misma teoría, indica que la representación designa el saber de sentido común, cuyos contenidos hacen manifiesta la operación de ciertos procesos generativos y funcionales con carácter social, define objetivos y procedimientos específicos para sus miembros, de hecho incide sobre el comportamiento social y la organización del grupo, y llega a modificar el propio funcionamiento cognitivo⁷⁵.

Jodelet establece una definición general para las representaciones sociales, a saber:

" El concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social.

Las representaciones sociales se presentan de formas variadas: como imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia que posibilitan la interpretación de lo que nos rodea e incluso dar sentido a lo inesperado y categorías de clasificación de circunstancias, de hechos o personas, constituyen el conocimiento " de sentido común", una manera de vivir y pensar la vida cotidiana, en forma de conocimiento social, que nos permite asumir una postura frente al mundo⁷⁶.

⁷² Mora, Martín. La teoría de las representaciones sociales de Sergei Moscovici. Universidad de Guadalajara. México en www.bib.uab.es/pub/athene/15783646n2a8.pdf, (búsqueda 18 de enero 2006)

⁷³ Pérez Andrade, Patricia. Los jóvenes secundarios de la Comuna de Ñuñoa: Un Estudio de sus Representaciones Sociales sobre el Consumo de Drogas" Chile 2000.

⁷⁴ Rodríguez Salazar, Tania. De las representaciones en la Psicología Social. En Relaciones, invierno, Vol.24, Nº 93. México 2003.

⁷⁵ Op. Cit. Rodríguez, T

⁷⁶ Op. Cit. Rodríguez, T

Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales presentan características específicas a nivel de la organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica.

La caracterización social de los contenidos o de los procesos de la representación ha de referirse a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás."

Jodelet, analiza cinco características del hecho de representar:

- Siempre es la representación de un objeto (algo o alguien), no como una copia de lo real, sino que constituye el proceso por el cual se establece su relación con el mundo y las cosas.
- Tiene un carácter de imagen y la propiedad de poder intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto.
- Tiene un carácter simbólico y significativo.
- De carácter autónomo y creativo.
- Posee un carácter constructivo.

Así mismo ella plantea la importancia de las representaciones en tanto que tiene lugar un proceso de elaboración cognitiva y simbólica que orienta el comportamiento, relacionando lo simbólico con la conducta⁷⁷.

También se hace necesario analizar el planteamiento de Moscovici en Pérez P.⁷⁸ que refiere que existen dos procesos que muestran como lo social transforma un conocimiento en representación y como esta representación transforma lo social, estos procesos son:

⁷⁷ Op. Cit. Rodríguez, T.

⁷⁸ Pérez Andrade, Patricia. Los jóvenes secundarios de la Comuna de Ñuñoa: Un Estudio de sus Representaciones Sociales sobre el Consumo de Drogas" Chile 2000.

OBJETIVACIÓN

Podría definirse como una operación formadora de imagen y estructurante, dando cuerpo a esquemas conceptuales al poner en imágenes a las nociones abstractas otorgando textura material a las ideas.

Es reabsorber un exceso de significados materializándolos (Moscovici, 1976), las fases del Proceso de Objetivación son:

Construcción selectiva:

La información es seleccionada en función de criterios culturales, no todos los grupos tienen igual acceso a la información, y los criterios normativos, sólo se retiene aquello que concuerda con el sistema de valores. La información además es descontextualizada, es decir separada de la teoría, campo científico o de las personas que la concibieron, y proyectadas como hechos de su propio universo.

Esquemmatización estructurante:

Una estructura de imagen reproducirá de manera visible una estructura conceptual, formando un "núcleo figurativo". De esta manera, los conceptos teóricos constituyen un conjunto gráfico y coherente que permiten comprenderlos de forma individual y en sus relaciones, y además compararlo con otra información.

Naturalización:

El modelo figurativo permitirá concretar, al combinar cada uno de los elementos que se transformará en seres de naturaleza. Las figuras y elementos del pensamiento se convierten en elementos de la realidad, sirviendo de referencia al concepto.

El proceso de objetivación tiene varias implicancias, revela la tendencia del pensamiento social a proceder de la construcción estructurada, gráfica y significativa, aparece como una construcción selectiva subordinada a un valor social, en tanto elaborada para servir a las necesidades valores e intereses del grupo, los que se estructuran en torno a organizaciones socioculturales, tomados como modelos universales de la grupalidad⁷⁹.

⁷⁹ Mora, Martín. La Teoría de las Representaciones Sociales de Sergei Moscovici. Universidad de Guadalajara. México en www.bib.uab.es/pub/athene/15783646n2a8.pdf, (búsqueda 18 de enero 2006)

ANCLAJE

Se refiere al enraizamiento social de la representación y de su objeto, donde la intervención de lo social se traduce en el significado y la utilidad que les son conferidos. Otro aspecto importante, dice es la relación con la integración cognitiva del objeto representado dentro de un sistema de pensamiento preexistente y a las transformaciones derivadas de este sistema.

La jerarquía de valores dentro de una sociedad contribuye a la creación de una red de significados que permite situarse socialmente y evaluar los hechos sociales.

Este proceso es posterior a la objetivación, la estructura gráfica se convierte en sistema de interpretación que tiene una función mediadora entre el sujeto y su medio, o entre miembros de un grupo, posibilita comprender la realidad y expresarse, transformándolos en códigos de lenguaje común⁸⁰.

Estos dos procesos se refieren a la elaboración y al funcionamiento de una representación social, pues muestran la interdependencia entre la actividad psicológica y las condiciones sociales de su ejercicio⁸¹.

Cabe recalcar que las representaciones sociales son, a la vez, un producto y un proceso. El hecho de que es posible acceder al contenido de las representaciones sociales, a través de técnicas de investigación de producción de discurso y por lo tanto de objetivar ese contenido, hace suponer que se trata de un producto acabado del cual se puede disponer.

Pero también se trata de un proceso en tanto que su formación y funcionamiento a nivel social, delata una construcción permanente, por tanto ya no lo vemos como un producto terminado, sino que un proceso dinámico y en construcción.

Lo anterior, tiene implicancias para una investigación, ya que es posible centrarse en la representación social como producto, en términos puramente de contenido, o como proceso lo que orienta la investigación hacia planteamientos comparativos.

⁸⁰ Rodríguez Salazar, Tania. DE LAS REPRESENTACIONES EN LA PSICOLOGIA SOCIAL. En Relaciones, invierno, Vol.24, N° 93. México 2003.

⁸¹ Op. Cit. Rodríguez, T

Para los efectos de esta investigación, se centrará en las representaciones sociales en tanto producto y proceso. Se identificará los contenidos y el núcleo figurativo de dichas representaciones, y por el otro lado, se comparará las representaciones sociales y la influencia desde el sistema educativo al que pertenecen, en la elaboración de su discurso frente a las conductas del inicio o no de la actividad sexual, a pesar de que para el análisis se observara el producto de las representaciones y por otro lado su proceso entendemos que la representación social es el producto y proceso a la vez por lo que sería inseparable e irreductible.

2.2. Adolescencia

Se delimita la adolescencia como lo plantea la Organización Mundial de la Salud como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años de edad, subdividida en adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años⁸², este concepto no recoge una definición mas social e histórica, que nos sirva para el desarrollo de la presente investigación.

2.2.1. La adolescencia como construcción social:

Si bien es cierto la adolescencia tiene una base biológica como lo manifestaba G. Stanley Hall, también tiene una base socio histórica que lo afirmaba Margaret Mead, estas manifestaciones socio históricas aportaron a la emergencia del concepto de adolescencia.

La construcción social de la adolescencia postula “que es una creación socio histórica”. En este enfoque desempeñaron un papel fundamental las circunstancias socio históricas que convergieron a principios del siglo XX, un momento en el que se promulgaron leyes que aseguraban la dependencia de los jóvenes, reglándolos a una esfera económica más manejable.

El contexto donde se desarrolla el adolescente le permite construir sus representaciones y actuar dentro de este proceso, Colean plantea "al parecer, la sociedad permite o incluso fomenta una etapa de la vida en que el individuo está en posibilidad de demorar la toma de importantes decisiones con respecto a su

⁸² OMS/FNUAP/UNICEF: Higiene de la reproducción en la adolescencia. Estrategia de acción. 1989.

identidad, una etapa en la que puede experimentar con diferentes roles a fin de descubrir que clase de persona es y no es”⁸³.

Cortázar plantea en *La Rosa*, L⁸⁴ la moratoria social, que implicaría dos dimensiones, la marginación social legítima del adolescente y por otro lado el reconocimiento de un cierto margen de “permisividad” y “liberalidad hacia el joven”.

2.3. La salud reproductiva

El concepto de salud reproductiva acuñada en la Conferencia Intergubernamental de Población y Desarrollo del Cairo 94⁸⁵, como “un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos..”, nos permite analizar la salud de la mujer de manera integral, no sólo como salud de la madre y el niño, planificación familiar, sino insertar en este análisis la salud sexual y reproductiva, integrando aspectos sociales, culturales, demográficos, de desarrollo y de género⁸⁶.

2.4. Sexualidad

La sexualidad se construye socialmente, en un contexto social, cultural e histórico específico, como lo plantea Lamas M. en De Barbieri⁸⁷ por lo que no existe una sola historia de la sexualidad sino historias locales con significados construidos dentro de contextos propios.

Jeffrey Weeks plantea en su conferencia *Construcción cultural de la sexualidad* “que la sexualidad es un “dispositivo histórico, desarrollado como parte de una compleja red de regulaciones sociales que organizan, conforman (“vigilan”) los comportamientos y los

⁸³ Santrock, John W. *Adolescencia*. Editorial Mc Graw – Hill/Interamericana de España. 9na Edición. 2003 p, 5-6.

⁸⁴ La Rosa, Liliana. *Adolescencia e Iniciación Sexual*. Universidad Peruana Cayetano Heredia-Centro de Salud Pública. Lima Junio 1997.

⁸⁵ Conferencia Intergubernamental de Población y Desarrollo del Cairo 1994. Capítulo VII 7.2

⁸⁶ Santrock, John W. *Adolescencia*. Editorial Mc Graw – Hill/Interamericana de España. 9na Edición. 2003 p, 5-6.

⁸⁷ De Barbieri, T. *Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica*. En: *Fin de siglo, género y cambio civilizatorio*. Ediciones de las mujeres. No. 17. Isis Internacional, Santiago. (1992).

cuerpos individuales”⁸⁸, haciéndose así una crítica desde Foucault al esencialismo sexual.

2.5. Servicios de salud reproductiva para adolescentes

En FHI, 2001⁸⁹ se plantea que los/as adolescentes obtienen información y toman decisiones dentro del contexto de la cultura en que viven. Estas decisiones y acciones pueden ser influidas por la violencia, el consumo de drogas y alcohol, la asistencia escolar, el trabajo, las oportunidades económicas, la imagen de sí mismos y la autonomía en la toma de decisiones.

El proveedor, puede ser una fuente valiosa de información exacta para los jóvenes de ambos sexos o una barrera en el acceso al servicio de salud reproductiva. En ese sentido se plantea dos razones importantes para que los programas de salud reproductiva ofrezcan información y servicios a los adolescentes:

- Los jóvenes tienen derecho a servicios de salud reproductiva de calidad.
- Los jóvenes necesitan servicios de salud reproductiva.

Las necesidades de salud reproductiva de los adolescentes son enormes, así como los obstáculos que afrontan los jóvenes al tratar de mantener una buena salud reproductiva. La falta de conocimientos, información y servicios crean barreras. Los jóvenes pueden correr el riesgo de tener problemas de salud reproductiva debido a lo siguiente:

- Falta de conocimientos e información.
- Falta de acceso a servicios y programas.
- Las limitaciones que les imponen las barreras psicológicas o sociales.⁹⁰

⁸⁸ Quintana Alicia, Vásquez Ernesto, “Género y Salud Sexual”. IES, Lima 1997.

⁸⁹ FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (FHI). Satisfacción de las necesidades de los clientes jóvenes. Una Guía para prestar servicios de salud reproductiva a los adolescentes. 2001. URL:<http://www.fhi.org>. Consultado 30-05-2007.

⁹⁰ Op. cit. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL

2.5.1. Falta de conocimientos e información

- Los jóvenes no tienen conocimientos básicos de anatomía y fisiología reproductivas, de cómo ocurren el embarazo y las ITS, de cómo prevenirlos y dónde obtener protección.
- Es posible que los padres se sientan mal preparados o incómodos, o sientan vergüenza al hablar de la sexualidad con sus hijos.
- Algunos padres y otros adultos que tienen buenas intenciones y desean por encima de todo proteger a sus hijos pueden creer que la educación relativa a la sexualidad y la salud reproductiva hace que los jóvenes empiecen a tener relaciones sexuales.

2.5.2. Falta de acceso a servicios y programas

- Es posible que los jóvenes tengan poco o no tengan dinero para pagar los servicios, no tengan un medio de transporte o no sepan cómo usar los servicios.
- Los trabajadores de salud posiblemente tengan actitudes basadas en un juicio crítico respecto a las relaciones sexuales de los adolescentes.
- Los trabajadores de salud tal vez no tengan información científica actualizada relativa a la seguridad de los anticonceptivos para los adolescentes.
- Es posible que los consultorios de salud no estén abiertos a horas convenientes para los jóvenes.⁹¹
- Con frecuencia, los consultorios se han diseñado para mujeres casadas, y no para mujeres solteras, hombres o adolescentes.
- Los requisitos de pruebas médicas y exámenes pélvicos pueden desanimar a los jóvenes y hacer que estos no traten de obtener anticonceptivos.
- Las políticas de salud nacional pueden presentar barreras legales para los jóvenes que solicitan información o servicios de salud reproductiva⁹².

2.5.3. Barreras psicológicas o sociales

- Es posible que a los adolescentes les dé miedo aceptar que tienen relaciones sexuales.

⁹¹Op. cit. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL

⁹²Op. cit. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL

- Tal vez tengan opiniones no realistas de los riesgos personales del embarazo y las ITS; es decir, el síndrome de "a mí no me puede ocurrir eso".
- Les preocupa que la anticoncepción sea mala para la salud y perjudique la fertilidad futura.
- Son vulnerables a la violencia, la coacción y el abuso sexuales.
- Es posible que las adolescentes sean reacias a hablar de temas de salud reproductiva, por miedo de que sus conocimientos se interpreten como promiscuidad.
- Es posible que los muchachos sean reacios a hacer preguntas relativas a la sexualidad, por miedo a que la falta de conocimientos haga que sus compañeros no los estimen igual.
- La maternidad puede ser una forma para las adolescentes de ganarse la estima y el respeto de sus familias o comunidades.
- A menudo, los muchachos consideran las relaciones sexuales como una forma de ganar prestigio entre sus compañeros.
- Las relaciones sexuales constituyen un medio de supervivencia para los jóvenes que viven en las calles o que son pobres.
- Les da miedo ser rechazados o estigmatizados si aceptan que son o que sienten deseos homosexuales o bisexuales.
- Es posible que a los jóvenes les dé miedo o vergüenza pedir ayuda cuando han sido víctimas de violación o incesto.
- Los medios de información tienden a hacer hincapié en el lado placentero del comportamiento sexual y no en la responsabilidad ni en las consecuencias de dicho comportamiento⁹³.

2.6 Salud sexual y Reproductiva de los adolescentes:

2.6.1 A nivel Internacional.

La situación de la salud reproductiva de los adolescentes en las Américas se presenta de la siguiente manera: las tasas de fertilidad adolescente están por encima del 50 por 1.000 en la mayoría de los países, las mencionadas tasas entre las mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad han disminuido en la Región, lo

⁹³ Op. cit. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL.

cual se atribuye al incremento de los niveles de educación. Pero las tasas de fertilidad siguen siendo superiores al 100 por 1.000 en Centroamérica (excepto en Costa Rica), República Dominicana, Jamaica y Belice⁹⁴.

Singh y cols., 2000, refiere que los jóvenes son sexualmente activos a una edad temprana, aunque en las mujeres adolescentes, la actividad sexual por lo general se da dentro del matrimonio⁹⁵. Algunos países incluso muestran un incremento en la actividad sexual entre grupos de edad más joven, lo cual conlleva serias implicaciones para la salud.

Existen grandes lagunas de información y conocimiento entre los grupos de adolescentes, y el comportamiento se mantiene básicamente sin cambiar y a pesar de los altos niveles de conocimiento, los porcentajes de uso de anticonceptivos todavía son bajos en muchos países, a veces debido a la falta de acceso, como en el caso de los condones. Esta situación ha llevado a que se produzcan consecuencias negativas en la salud reproductiva, como los embarazos adolescentes no planificados, las ITS, el VIH y el aborto, que contribuye de forma significativa a la mortalidad materna adolescente⁹⁶.

También hay un mayor número de casos reportados de mujeres jóvenes víctimas de violencia doméstica y abuso, con casos de incesto, coerción y violación.

Entre 53% y 71% de las mujeres en la Región tuvieron relaciones sexuales antes de los 20, el promedio de edad del primer coito es de aproximadamente 15–16 años para las jóvenes en muchos países de América Latina y el Caribe; para los varones el promedio es de aproximadamente 14-15 años.

Un número significativo de adolescentes mujeres están casadas o en unión. Entre el 18% (Perú), 38% (El Salvador) y 34% (Trinidad y Tobago) de las adolescentes están casadas a los 18 años. La mayoría de las relaciones sexuales entre las mujeres jóvenes se producen dentro del matrimonio.

⁹⁴ Op. cit. Guzmán J.M. y cols.

⁹⁵ SINGH, S.; WULF, D.; SAMARA, R.; CUCA, Y.P. "Gender Differences in the Timing of First Intercourse: Data from 14 Countries". *International Family Planning Perspectives*. Marzo, vol. 26, no. 1. 2000.

⁹⁶ SHUTT-AINE, Jessie, MADDALENO, Matilde. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. OPS. Washington. 2003.

En general, los niveles de conocimiento sobre anticoncepción y la concientización del riesgo de VIH son altos, pero los adolescentes saben menos sobre otras ITS y sobre las formas de transmisión del VIH.

Solamente el 30% de los jóvenes en el Caribe se preocupan del embarazo; el 26% utiliza anticonceptivos de forma constante. Las encuestas en el Caribe sugieren que el 40% de las adolescentes y el 50% de los adolescentes varones no tienen acceso a anticonceptivos durante su primera relación sexual.

Entre el 35% y el 52% de los embarazos adolescentes en la Región no fueron planificados, como promedio, el 38% de las mujeres se quedan embarazadas antes de los 20 años, en la mayoría de los países de América Latina, entre el 15 y el 25% de todos los recién nacidos eran hijos de adolescentes.

2.6.2 A nivel nacional.

Con respecto a las características de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes a nivel nacional podemos observar, que la tasa de fecundidad está en descenso, no siendo homogéneo éste descenso. Las adolescentes pobres presentan altas tasas en comparación con las menos pobres. Similar situación se encuentra en contextos geográficos del país, observándose que la tasa de fecundidad en las adolescentes en situación de pobreza que residen en la selva es, de casi 1 nacimiento por cada 4 adolescentes.

Según ENDES 2000, 13% de todas las adolescentes ya son madres o están embarazadas, es importante destacar que el 55% de estos embarazo fueron reportados como no deseados.

La mayor educación y las perspectivas de mejores condiciones de vida y desarrollo en las adolescentes, están relacionadas con menores tasas de fecundidad.

Considerando que la mayoría de embarazos en adolescentes no fueron deseados, la problemática del aborto inducido y en condiciones de riesgo se eleva en éste grupo etareo. En el 2003, la Dirección General de Salud de las personas del MINSA reporta que 4,247 adolescentes fueron atendidas en los establecimientos

del Ministerio de Salud con cuadros de abortos complicados, para un total de 41,993 abortos complicados.

Asimismo, la situación de adolescentes pobres con hijo, afectará su desarrollo posterior, dificultando la culminación de sus estudios, las condiciones de empleo y esto redundará en la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Según el INEI⁹⁷ el uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes es de 43%, siendo los más usados los métodos tradicionales, asimismo se reporta que los motivos mencionados por las adolescentes entrevistadas, indican que existen ciertas barreras culturales y falta de información que explicarían porque las adolescentes con vida sexual activa no utilicen ningún método anticonceptivo⁹⁸.

2.6.3 A nivel Regional.

La situación de la salud del adolescente que esta reportado en la evaluación realizada de la Etapa de Vida del Adolescentes (EVA) del 2007, revela que las tres primeras causas de morbilidad que producen el 85% de la consulta externa en la EVA son: enfermedades del sistema digestivo con 24%; enfermedades del sistema respiratorio con 22% y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias con 14%. Se reporta también como las tres primeras causas de mortalidad en éste grupo: causas externas de morbilidad y mortalidad con 33.1%, enfermedades respiratorias con el 9.7% y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias con el 9.1%.

La estadísticas relacionadas a la salud sexual y reproductiva el adolescente, que se presentan a continuación, han sido elaboradas teniendo en cuenta la evaluación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS VIH y Sida, y la Estrategia Sanitaria de Salud sexual y reproductiva de la DIRESA- Cusco..

En las mencionadas evaluaciones se observa: que el porcentaje de Infecciones de Transmisión Sexual (manejo sintromico) en EVA fue 6,9%, siendo la distribución por sexo masculino de 1.1% y para el femenino de 98.9%.

⁹⁷ INEI, ENAHO, 1998

⁹⁸ MINSA, Lineamientos de política de salud de los/las adolescentes. Lima, Perú. 2005.

Sobre el porcentaje del diagnóstico de ITS por síndrome es el siguiente: Descarga uretral 0.49%, flujo vaginal 95.27%, úlcera genital 0.32%, sífilis con ausencia de úlcera genital 0.32% y dolor abdominal bajo 3,5%. También se reportó un caso de VIH en la EVA y un fallecido por SIDA ambos de sexo masculino.

El porcentaje de trabajadoras sexuales en la EVA, que se reporta para el año 2007 es de 10.5% sin ningún control, el de trabajadores sexuales es de 1,3% sin control y el de Hombre que tiene Sexo con Hombre es de 2% también sin control.

Del total de gestantes atendidas en los establecimientos de salud del Cusco el 19% corresponden a adolescentes, y del total de gestantes con diagnóstico de sífilis el 15.9% corresponde también a la EVA.

Sobre Planificación familiar, se observa que hay 9,704 usuarias de algún método anticonceptivo, siendo el método anticonceptivo de mayor aceptación entre las adolescentes el método hormonal inyectable con el 30.81 % de usuarias, luego el método de barrera (condón) con el 23.01% de usuarias, el MELA con 21.05% de usuarias y finalmente el Dispositivo Intrauterino es el método menos usado con un 0.8% de usuarias.

En la actividad preventiva promocional de la EVA se reportan actividades de consejería en un 8.99% de la población adolescente. De las 25,001 atenciones en consejería, el 85.62% corresponden a consejerías generales, la cual, correspondería a consejería en Planificación familiar, no reportándose consejería específica en sexualidad.

3 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. En el ámbito local

De acuerdo a la revisión y búsqueda bibliográfica de las diferentes investigaciones realizadas a nivel de Cuzco, no se ha encontrado a la fecha trabajos realizados sobre el tema de la presente investigación, ni con el diseño cualitativo como plantea este estudio.

3.2. En el ámbito nacional

1. **Autor:** VALVERDE, Rocío.

Título: “Percepciones y comportamientos frente a al usuaria adolescente”

En la ciudad de Lima, Valverde, R⁹⁹, realiza un estudio en los hospitales Sergio E Bernaldes de Collique y Arzobispo Loayza; para analizar la relación médico – paciente en “Percepciones y comportamientos frente a la usuaria adolescente” enfocado a partir del discurso normativo del personal de salud, tomando como objeto de estudio las concepciones que sobre el usuario tiene el personal de salud y la influencia de estas en la interacción con el usuario.

Los principales hallazgos del estudio reportan, que el personal de salud caracteriza a los adolescentes frente a sus procesos patológicos como irresponsables y dejados, sin comportamientos de prevención. Esta actitud del adolescente sería explicada en el nivel socio-cultural bajo.

Respecto a la sexualidad adolescente podemos observar tres posturas, la abiertamente tradicional que critica las relaciones sexuales, explicada por la perdida de valores morales, la valoración de la virginidad como elemento de respeto, la inmadurez del aparato sexual femenino, y la discriminación social contra la mujer.

La otra postura es aquella que reconoce a las relaciones sexuales adolescentes como un hecho que no merece ser calificado como bueno o malo simplemente debe ser tomado con tolerancia desde la objetividad del acto médico. Y la otra postura que asume que el adolescente esta bien informado y es capaz de llevar una vida sexual activa responsable.

2. **Autor:** CHAMBI CATAFORA, María.

Título: “Estudio cualitativo sobre percepciones del personal de salud acerca de la salud reproductiva de la adolescente UTES San Román- Puno”

En la investigación cualitativa realizada por Chambi M (1997) en la UTES San Román de Puno, sobre percepciones del personal de salud acerca de la salud reproductiva del

⁹⁹ Valverde, Rocío. Percepciones y comportamientos frente a al usuaria adolescente. En Cordero, Marisol; Jiménez, Oscar; Menéndez, María; Valverde, Rocío; Yon, Carmen. Más allá de la intimidad, cinco estudios de sexualidad, salud sexual y reproductiva. Lima, Lluvia Editores. 1996.

adolescente, ella describe las mencionadas percepciones (inicio sexual, embarazo no deseado, aborto, ETS/SIDA) de las usuarias adolescentes. Las técnicas usadas fueron 24 entrevistas semiestructuradas y 4 grupos focales, obtuvo los siguientes hallazgos: el personal de salud percibe que las usuarias adolescentes llegan al servicio mayormente por problemas de embarazo avanzado y aborto incompleto y son percibidas como irresponsables, con falta de educación, problemáticas, carentes de criterio, ésta percepción estaría influyendo al momento de la atención, en la interacción con ellos, en la emisión de juicios de valor.

El embarazo en adolescentes es percibida como trasgresión de la norma social, al fracaso de la educación de los padres, plantean como alternativa el uso de métodos de planificación familiar en las parejas estables de adolescentes, con respecto al aborto se percibieron tres posiciones, una restricción absoluta, relativa (como embarazo por violación), y por último el que destaca la libertad individual para decidir¹⁰⁰.

3. Autor: QUINTANA, Alicia.

Título: “Escuchen nuestras voces. Representaciones Sociales e Itinerarios de salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes”.

En el trabajo de investigación realizado por Quintana, A y Col (2003), sobre representaciones sociales e itinerarios de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes se aplicó una integración de técnicas cualitativas (entrevistas a profundidad, Grupos focales y talleres participativos) y cuantitativas (encuestas) que permitieron una visión completa de los itinerarios de Salud sexual y reproductiva y sus expectativas en cuanto a las modalidades de apoyo y atención, realizados en dos distritos de Lima (Jesús maría y San Juan de Lurigancho)¹⁰¹.

Los hallazgos realizados que interesan al presente estudio de investigación es los referidos a su cuarto capítulo sobre expectativas de apoyo y atención a adolescentes y fueron las siguientes:

¹⁰⁰ Chambi C. María. Tesis de Maestría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Estudio cualitativo sobre percepciones del personal de salud acerca de la salud reproductiva de la adolescente UTE San Román- Puno. Lima 1997.

¹⁰¹ Quintana A. y Col. Escuchen nuestras voces. Representaciones Sociales e Itinerarios de salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes. Instituto de Educación y Salud. Lima 2003.

Los centros de salud por tener atención general no satisfacen las expectativas de los adolescente, por lo que sería necesario una atención diferenciada, el apoyo y atención que se espera se caracteriza por ser integral, no sólo restringida al tema de salud sexual y reproductiva, como el consumo de drogas, pandillaje, y en algunos casos la nivelación escolar, recreación.

Dentro de las conclusiones, estuvieron que el centro de salud es una modalidad complementaria para satisfacer las demandas de adolescentes, los proveedores son los referentes privilegiados para que ellos obtengan apoyo e información y con la ventaja señalada por los adolescentes de ser desconocidos¹⁰².

4. Autor: LA ROSA HUERTAS, Liliana.

Título: “Modelos de atención de Salud para Adolescentes en el Sector Público. Estudio de diez experiencias en el Perú.”

La Rosa, L (2001) investigo diez experiencias exitosas de servicios diferenciados y centros de atención integral para adolescentes, con el propósito de sistematizar la experiencia y brindar insumos para la elaboración del Plan Nacional del Programa y las Normas técnicas para la atención del adolescente.

El mencionado estudio a profundidad, utilizó la metodología de Estudios de Casos, aplicando instrumentos de investigación cualitativa llegando a las principales conclusiones relacionadas al presente estudio:

- Escasa priorización a adolescentes de pobreza extrema o con situaciones de vulnerabilidad da como resultado que los servicios implementados tengan como público central a los adolescentes escolarizados, pertenecientes a sectores medios y pobres con mayor integración social.
- El escaso presupuesto de los servicios, el poco personal con que cuentan y la escasa preparación y priorización de la labor promocional en el sector, limita acciones al trabajo intramural, mostrando bajas coberturas de atención y escasa demanda.
- Eje sustantivo de la labor promocional es el trabajo multisectorial.

¹⁰² Op. Cit. Quintana, A.

- Existe un marco legal y normativo al interior del sector, que limita la accesibilidad de los/las adolescentes a los servicios de salud, especialmente en lo referido a salud sexual y reproductiva.¹⁰³

5. Autor: CÁCERES, Carlos y VARGAS; Rosana.

Título: “Las experiencias de Servicios diferenciados para adolescentes en cinco ciudades del Perú”

Cáceres, C y Vargas, R en la Salud Sexual como Derecho en el Perú de Hoy, presenta los resultados de un estudio de sistematización de cinco experiencias de servicios de salud públicos y privados que brindaron atención diferenciada para jóvenes en cinco ciudades del país, tuvo un abordaje cualitativo con técnicas de recolección de información como la entrevista semiestructurada, grupos focales y revisión de documentos administrativos.

Se concluye que uno de los problemas más críticos de los servicios diferenciados del sector público es el escaso personal profesional asignado, el perfil no siempre es el apropiado. Las actitudes del profesional con respecto a la sexualidad difieren de acuerdo a la capacitación específica para el trabajo.¹⁰⁴

6. Autor: RAMOS, Irma.

Título: “Prácticas sexuales y uso de servicios en adolescentes de centros poblados urbanos de Santa, Cajamarca, Chulucanas y Mazán”

Ramos, I & Col. También investigaron sobre las prácticas sexuales y uso de servicio en adolescentes, en un estudio descriptivo en la provincia del Santa, Cajamarca, Iquitos y Piura; que comprendía dos componentes investigación en población de adolescentes y en los servicios para adolescentes empleando como técnicas para la población encuestas domiciliarias y grupos focales y para los servicios revisión de fuentes secundarias, observación y entrevista a proveedores, teniendo como hallazgos

¹⁰³ La Rosa Huertas, Liliana Del Carmen, Modelos de atención de Salud para Adolescentes en el Sector Público. Estudio de diez experiencias en el Perú. Segunda Edición SPAJ. Lima, Perú 2001.

¹⁰⁴ Cáceres, Carlos y Vargas, Rosana, Las experiencias de Servicios diferenciados para adolescentes en cinco ciudades del Perú, año 2001. En la Salud Sexual como Derecho en el Perú de Hoy. REDESS Joven, Primera Edición Lima- Perú 2002.

los siguientes: Los servicios de salud no contaban con suficiente personal de Salud capacitado para la atención del adolescente, ninguno de los centros estudiados contaba con espacio físico diferenciado para ofrecer atención integral al adolescente, tampoco contaban con el respectivo manual de normas, ni protocolos de atención, así como que la información no era procesada, analizada ni utilizada gerencialmente.¹⁰⁵

7. Autor: FREYRE, Eleodoro.

Título: “La sexualidad del adolescente y problemas asociados”

En las conclusiones del trabajo realizado con los adolescentes nos refiere, que está comprobado que la sexualidad durante la adolescencia contribuye de manera importante a la vida sexual del adulto. Propone que es importante conocer los cambios que se van dando en las tres etapas que subdivide a la adolescencia (temprana, intermedia y tardía) para evaluar la normalidad del proceso. Los problemas asociados y las consecuencias de la actividad sexual son mayores en la adolescencia intermedia. Los problemas más frecuentes son: los emocionales, las ITS, la violencia sexual, embarazo no deseado. Recomienda dar énfasis en la prevención primaria, secundaria y terciaria, con la participación activa de los estamentos gubernamentales, no gubernamentales, y profesionales de ciencias de la salud, educación y servicio social así mismo también plantea que la educación sexual debe ser impartida desde la niñez tanto en el hogar como en la escuela, debiendo ser amplia, franca y natural.¹⁰⁶

3.3. En el ámbito internacional

1. Autor: PIMIENTA, R.

Título: “Atenção à Saúde dos adolescentes: Percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família”.

En Brasil, Pimenta, R (2006)¹⁰⁷ realizó una investigación cualitativa descriptiva acerca de la percepción que tienen los médicos y enfermeros de los equipos de salud de la

¹⁰⁵ Ramos, Irma, Billinghamurst, Violeta, Salazar, Victor, *Prácticas sexuales y uso de servicios en adolescentes de centros poblados urbanos de Santa, Cajamarca, Chulucanas y Mazán*, año 2001. En la Salud Sexual como Derecho en el Perú de Hoy. REDESS Joven, Primera Edición Lima- Perú 2002.

¹⁰⁶ Freyre, Eleodoro, *La sexualidad del adolescente y problemas asociados*. http://www.acadnacmedicina.org.pe/publicaciones/anal_agodic04/01trabajos_incorporación/Eleodoro_Freyre_Ro man.pdf. Consultado el 19 de mayo 2008.

¹⁰⁷ Pimenta, R & Col. *Atenção à Saúde dos adolescentes: Percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família*. Cadernos de Saúde Pública v.22 n, 11. Rio de Janeiro. Nov. 2006.

familia sobre los adolescentes, en las Unidades Básicas de Salud del Municipio de Londrina, Paraná, Brasil. A partir de las respuestas a las preguntas abiertas formuladas en la mencionada investigación, se analizó el contenido, descubriendo así el núcleo de sentido de lo expresado por los profesionales de salud con los siguientes resultados:

La categorización de las respuestas se presentó en cinco temas:

- a) **Los servicios de salud y el adolescente: ¿Poca oferta o baja demanda?** En este rubro se reporta que el adolescente recibe atención en el servicio, más no de forma sistematizada y sí de acuerdo con la demanda de la unidad, pues existen otras prioridades. En cuanto a algunas unidades, la demanda de atención del adolescente varón es baja y en el caso de las adolescentes mujeres es alta (acuden para confirmar gestación, despistaje de cáncer ginecológico), pero aún hay dificultades para que busquen el servicio. Es difícil confirmar que la relativa ausencia de los adolescentes a los servicios de salud se deba a la poca oferta de acciones para ellos o a la baja búsqueda de los mismos.
- b) **Acciones de atención a la salud del adolescente.** El personal de salud refiere que generalmente son individuales, pero cuando son realizadas en grupo son efectuadas en las escuelas o la comunidad.
- c) **Necesidades de información y capacitación sobre adolescencia.** Antes de desarrollar actividades con grupos de adolescentes, el personal de salud refiere que es importante tomar en cuenta las necesidades de capacitación del equipo de salud. Necesitan participar en cursos de formación/capacitación sobre adolescencia, aspectos relativos de censura al adolescente se dan debido al poco o ningún conocimiento de los profesionales sobre esta etapa de la vida humana.
- d) **Multidisciplinaridad e intersectorialidad.** Es prioritario promover el trabajo en equipo para abordar la complejidad psicosocial, cultural del adolescente.
- e) **Necesidades de implementación de un programa específico para adolescentes.** Refieren las dificultades del trato diario con este grupo etareo, pues para que se cumpla la agenda de actividades los esfuerzos desplegados no

logran que los adolescentes acudan al servicio. Por ello es importante un servicio diferenciado coordinando acciones con otras áreas, trascendiendo los límites del servicio para así ofrecer una tención integral al adolescente.

2. Autor: AGGLETON, Peter.

Título: “Trabalhando com jovens: Implicações para pesquisa e a organização de programas”

En el trabajo realizado por Aggleton, P (2001)¹⁰⁸, refiere que es importante tener acceso a los puntos de vista y perspectivas de los jóvenes para la creación y organización de programas e intervenciones que promuevan la salud del adolescente. Aggleton dice que muchas veces los esfuerzos en el sentido de averiguar los conocimientos, actitudes y prácticas del joven en relación a la salud han sido influenciados por percepciones de los adultos que infieren lo que los jóvenes deben o deberían, pensar y hacer.

Él defiende la importancia de aplicar un abordaje alternativo y cualitativo cuando se pretende acceder a los puntos de vista y perspectivas de los jóvenes y no meramente como complementación de estudios cuantitativos.

Afirma que la investigación cualitativa tiene potencial para esclarecer aspectos de la vida social, creencias y prácticas que no se pueden presentar en las investigaciones cuantitativas; además permite teorizar sobre la salud y vulnerabilidad y otras formas de abordaje.

3. Autor: RUZANY, M. SZWAECWALD, Celia

Título: “Oportunidades perdidas na atenção integral ao adolescente: Resultados do estudo-piloto”

Ruzany, M (2000)¹⁰⁹ estudió las oportunidades perdidas en la atención integral al adolescente, en una muestra de usuarios de servicios seleccionados en Argentina, Brasil, Chile y Colombia. Los servicios seleccionados fueron aquellos que brindaban

¹⁰⁸ Aggleton, Peter; *Trabalhando com jovens: Implicações para pesquisa e a organização de programas*, na Revista “Adolescência Latinoamericana” v 2 n3. Porto Alegre, Brasil 2001.

¹⁰⁹ Ruzany, M & Szwacwald, Celia. *Oportunidades perdidas na atenção integral ao adolescente: Resultados do estudo-piloto*. En Rev. “Adolescência Latinoamericana” 1414-7130/00/2-26-35. Brasil 2000.

atención diferenciada, con horarios exclusivos, que cuenten con equipos multidisciplinarios y que tengan como norma la prestación de atención integral.

El estudio piloto se realizó entre 1993 y 1994, se analizaron 296 cuestionarios (instrumento desarrollado por la OPS), la edad media de participantes fue de 15,4 años. El instrumento fue dividido en las siguientes secciones: Sección I – datos generales sobre el establecimiento, Sección II – Cuestionario para adolescentes; a) registro; b) atención integral; c) educación en salud; Sección III – Cuestionario para profesionales de salud; Sección IV – Cuestionario para jefes de establecimientos y departamentos o servicios. Los resultados obtenidos entre otros, fueron: que la atención integral prestada por profesionales entrenados presentó fuerte correlación positiva con examen físico y correlación negativa con promoción de la salud (como informaciones sobre adolescencia normal, drogas y violencia sexual y familiar) que indican oportunidades perdidas en la atención médica.

Se reporta también un grupo significativo de adolescentes que buscó los servicios de salud sin un problema evidente de enfermedad.

Al no presentar dolencia alguna en la mayoría de casos, los adolescentes perdieron la oportunidad de ser atendidos por otro profesional no médico que podía haber dado una atención más integral al adolescente, ya que la atención prestada por el médico configuraba un estilo clásico, referido sólo al peso, talla, presión arterial. Es oportuna la reflexión acerca de que el profesional médico no siempre está preparado para dar una atención integral o no dispone de tiempo para atender adolescentes con problemas que no sean estrictamente clínicos.

Al ser atendidos en los servicios de salud sin quejas clínicas específicas, de acuerdo al estilo “biomédico” que privilegia procedimientos clásicos de anamnesis y examen físico, difícilmente se puede esperar que los adolescentes retornen para otra consulta ambulatoria, ya que sus demandas no fueron atendidas. De allí la importancia de una atención interdisciplinaria e integral, como es el objetivo de la atención brindada en los servicios.

4. Autor: NARRING, Françoise

Título: “Metodología de investigación cualitativa: una revisión crítica de su aplicación a los adolescentes”

Narring, F, 2001, en Metodología de investigación cualitativa: Una Revisión Crítica de su Aplicación a los Adolescentes, nos refiere que la investigación cualitativa tiene una contribución importante para el entendimiento de los adolescentes, usar investigación narrativa o representación de papeles ayuda a los investigadores al entendimiento de cómo los jóvenes toman sus decisiones sobre salud y estrategias preventivas logrando ampliar el campo de las investigaciones en puntos complejos.¹¹⁰

Así mismo, Calero, J, concluye que la utilización de uno u otro método de investigación (cualitativa o cuantitativa) depende del momento que al investigador le interesa privilegiar (generación de teoría o transformación de la realidad) y del tema que se elige para investigar.¹¹¹

5. Autor: WORD, Kate; JEWKES , Rachel.

Título: “Locks blood and nurses repressors: barriers to contraceptive use among adolescents in South Africa.”

Word, K y Jewkes, R (2006)¹¹² realiza un estudio cualitativo sobre barreras que enfrentan las adolescentes al intentar acceder a los servicios clínicos de anticoncepción, en la provincia de Limpopo, en 1997. Se realizaron 35 entrevistas a profundidad con mujeres jóvenes entre 14 y 20 años, así como 14 entrevistas con el personal de enfermería de 14 consultorios.

Los resultados reportados fueron los siguientes: muchas jóvenes informaron presión de sus parejas y familiares para tener un hijo. Otras barreras al uso sostenido de anticonceptivos fueron: creencias erróneas sobre como ocurre la concepción y temores sobre los efectos al anticonceptivo en la fertilidad y la menstruación, las cuales las enfermeras no tomaron en serio. Los efectos de los intentos de las enfermeras de estigmatizar la sexualidad de las adolescentes, sus regaños y trato duro de las mismas, y su renuencia a reconocer las experiencias de estas como usuarias anticoncepción debilitaron el uso eficaz de la anticoncepción por parte de las jóvenes.

¹¹⁰ Narring, Françoise. Metodología de investigación cualitativa: una revisión crítica de su aplicación a los adolescentes, en: Revista Adolescencia Latinoamérica. Vol .2 nº.3, Porto alegre, Brasil 2001.

¹¹¹ Calero, Jorge, Investigación cualitativa y cuantitativa. Problemas resueltos en los debates actuales. En Revista Cubana de Endocrinología. Vol. 11 – 3 Cuba 2000.

¹¹² Word, Kate; Jewkes, Rachel. Locks blood and nurses repressors: barriers to contraceptive use among adolescents in South Africa. En revistas: Reproductive Health Matters 14(27), 2006.

El enfoque juzgador de algunos proveedores de cuidados de salud en Sudáfrica ha actuado como barrera en el uso de una gama de servicios por parte de los adolescentes, la capacitación de los proveedores de salud necesita armarlos con un enfoque más empoderante y que prepare más para la resolución de problemas; pero también requiere abordar los papeles y las actitudes frente a sus pacientes. La brecha entre las políticas personales de las enfermeras (que reflejan las normas sociales más amplias) y los imperativos de salud pública es un reto importante para los servicios de salud, en la medida en que pone en peligro la entrega de servicios efectivos de elevada calidad.

4 OBJETIVOS:

1. Describir las representaciones sociales que tienen los obstetras de la ciudad del Cusco, sobre los/as adolescentes.
2. Describir las representaciones sociales que tienen los obstetras de la ciudad del Cusco sobre derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.
3. Describir las representaciones sociales que tienen los obstetras de la ciudad del Cusco sobre el inicio sexual de los adolescentes
4. Describir las representaciones sociales que tienen los/as profesionales obstetras de la ciudad del Cusco sobre la atención en Salud reproductiva a adolescentes.
5. Identificar las representaciones sociales que tienen los obstetras de la ciudad del Cusco sobre la sexualidad de los adolescentes.
6. Identificar las representaciones de los proveedores sobre las limitaciones en los servicios de salud sexual y reproductiva que se brinda a los adolescentes.
7. Indagar sobre los aspectos de género que construyen los(as) obstetras en la atención de los adolescentes.

5 SUPUESTOS:

Para guiarnos en la búsqueda e interpretación de la información del presente estudio se adoptará los siguientes supuestos:

- La falta de capacitación en sexualidad y salud reproductiva estaría limitando la atención de los adolescentes en los servicios de salud.

- Servicios de Salud Reproductiva amigables para adolescentes permitirían un acceso mayor a la atención de los mismos.
- Los mitos y estereotipos sobre sexualidad del obstetra estaría limitando la atención a los adolescentes en los servicios de salud.
- La atención de la salud del adolescente en los servicios, esta dirigida fundamentalmente a la atención en salud reproductiva, dejando de lado en la consulta aspectos de sexualidad, desarrollo social de este grupo estarlo.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE VERIFICACIÓN

Para el presente estudio se utilizó como técnica para recolección de información cualitativa, la entrevista en profundidad con preguntas semiestructurada con informantes claves, la cual procedo a describir a continuación:

1.1. Técnica: La entrevistas en Profundidad

Como objetivo fundamental para la utilización de este procedimiento se establecía la búsqueda de las vivencias de los sujetos participantes como personas que habían vivido la experiencia de atención en consulta a adolescentes. La idea era rescatar estas experiencias de manera procesal, intentando realizar retrospectivamente un pasaje desde las primeras experiencias en la atención, recogiendo reflexiones en torno a representaciones, sentimientos y comportamientos, opiniones, percepciones y expectativas acerca de las experiencias en los diferentes espacios de atención.

Teniendo como propósito esencial la aprehensión de los puntos de vista de los actores sociales, se utilizó como instrumento un esquema de entrevista, que incluyó las guías básicas para orientar el desarrollo de una conversación que si bien se proponía determinados fines, permitía la emergencia de contenidos novedosos. El instrumento constó también de algunos ítems y preguntas que se volvían indispensables para delinear los objetivos, actuando como facilitador del proceso de interacción y comunicación investigadora-sujeto, y permitiendo la apertura, ampliación y profundización en el proceso. El instrumento estuvo sujeto a modificaciones constantes (**Anexo 1**).

1.2. Instrumento: Guía semiestructurada

El instrumento es la guía semi-estructurada de las entrevistas a profundidad, para éste se elaboró una guía con preguntas abiertas, que de acuerdo a como se desarrolle la investigación se iría afinando con las categorías que emergieran durante las entrevistas (ver anexo 1).

Las entrevistas contaron con ítems que recogieron lo siguiente:

Cómo entienden la adolescencia, representaciones sociales sobre Derechos Sexuales y Reproductivos de adolescentes, representaciones sociales sobre inicio de relaciones sexuales, representaciones sociales sobre ejercicio de la sexualidad de adolescentes, representaciones sociales de la atención en salud reproductiva, uso de métodos anticonceptivos, representaciones sociales sobre ITS. VIH/SIDA, representaciones sociales sobre embarazo en adolescentes, servicio a brindar en salud reproductiva para adolescentes, características del servicio de salud reproductiva para adolescentes. Aspectos de género identificados por los proveedores.

La entrevista a profundidad sirvió para conocer las representaciones sociales que los(as) obstetras del Cusco tienen en relación a la adolescencia: su problemática, la atención en salud reproductiva; también se exploró sobre cuáles son las representaciones sociales que tienen éstos(as) sobre el servicio de salud prestado a los(as) adolescentes y como debería ser idealmente éste.

Las entrevistas se realizaron en el establecimiento de salud con el fin de conservar confidencialidad, tranquilidad y de no interferir en sus actividades de atención en el servicio y también en lugares apartados de éste (preferentemente) de acuerdo a la disponibilidad del entrevistado(a), conservando la confidencialidad y respeto a ellos(as) obteniendo previamente el consentimiento del (a) entrevistado(a) y entregando el consentimiento informado. **(Anexo 2)**

Al inicio de la entrevista se pide los datos generales y de filiación (ver anexo 1) para luego proseguir con preguntas sencillas para lograr así la confianza y la fluidez en las respuestas, con respecto a las percepciones que se construyen acerca del tema de investigación.

A lo expuesto corresponde el siguiente esquema:

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	TÉCNICA	INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. La adolescencia: Problemática, Necesidades. 2. Representaciones sobre Derechos Sexuales y reproductivos de adolescentes. 3. Representaciones sobre inicio de relaciones sexuales. 4. Representaciones sobre la atención de la salud reproductiva de los adolescentes. 5. Representaciones sobre ejercicio de la sexualidad de adolescentes. 6. Representaciones sobre el servicio a brindar en salud reproductiva para adolescentes. 7. Aspectos de género identificados en los proveedores del servicio. 	<p>Entrevista en profundidad</p>	<p>Guía de preguntas semiestructuradas.</p>

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:

2.1. Ubicación espacial.-

La unidad de información y análisis serán los/as proveedoras/es de los Servicios de Consultorio de Atención al Adolescente de los Centros y Hospitales de la ciudad del Cusco.

2.2. Ubicación Temporal.-

Las entrevistas se desarrollaron durante los años 2006 y 2007. Se eligió este período de tiempo para evitar que se presenten algunos problemas de recuerdo en las entrevistadas.

2.3. Unidades de estudio.-

El universo de estudio estuvo conformado por las/los obstetras que atienden en los Hospitales y Centros de Salud en los consultorios de atención al adolescente, de la ciudad del Cusco durante el período del año 2006 y 2007.

a) Selección de la Muestra.-

La muestra específicamente quedó conformada por los y las obstetras, que cumplieron con los criterios de selección (descritos más abajo) y expresaron su deseo de participar en el estudio. La selección de las personas se realizó previa consulta con los padrones del personal Obstetra que existen en la Dirección Regional de Salud del Cusco en aras de determinar aquellos sujetos que cumplieran con los criterios previstos. Sobre esta base se pidió su colaboración para participar.

b) Tamaño de la Muestra.-

Según Pineda 1994, el tamaño muestral en la investigación cualitativa no es tan importante como en la investigación cuantitativa, depende de lo que se desee estudiar, el muestreo termina cuando deja de aparecer información nueva de las unidades de observación¹¹³. En ese sentido se tomó en cuenta el **Criterio de Saturación de la Información**, conformándose así la muestra teórica de acuerdo a lo que expresa Eisenhardt 1989 ¹¹⁴, “el objeto de la muestra teórica es elegir casos que probablemente puedan replicar o extender la teoría emergente... deben adicionarse el número de casos hasta la saturación teórica”, así mismo Glasser y Strauss 1967, (citado en Martínez Carazo 2006:184), “recomienda que cuando se “saturen” los temas y áreas en los cuales el investigador está interesado, significando que no se encuentra nuevos datos en los casos adicionales, no se debería adicionar nuevos casos y se debe detener el proceso de recolección de información”¹¹⁵.

Considerando la noción de saturación de la información obtenida, esto es, el momento en que la información expresada por los sujetos participantes dejó de aportar elementos novedosos, el tamaño final de la muestra quedó conformado por 14 personas.

Se confeccionará la relación de participantes del estudio de acuerdo al censo realizado por la investigadora de los(as) Obstetras que trabajan en los consultorios de los servicios del MINSA de la ciudad del Cusco.

¹¹³ Pineda, E y Col. Metodología de la investigación. OPS. 2da Edición. Washington D.C. 1994.

¹¹⁴ Eisenhardt K.M. Better stories and better constructs the case for rigor and comparative logia. Academy of Management Review, 16 (3). 1991.

¹¹⁵ Martínez Carazo, C. Revista Pensamiento y Gestión. Universidad del Norte. El Método de Estudio de Caso: Estrategia metodológica de la Investigación Científica. Julio N° 020. Colombia 2006.

Se conversó con cada una de las/os seleccionados/as para explicarles el motivo de la investigación, invitándoles a participar voluntariamente en el estudio. a las/os que aceptaron participar se les hizo entrega del consentimiento informado.

Luego se tomó datos para el llenado de la hoja de registro (ver anexo 1) y la entrevista a profundidad (ver anexo1).

Sobre la base de los criterios tomados en cuenta hasta aquí, las unidades de análisis quedaron conformadas como sigue:

- Obstetras varones y mujeres que brindan atención a adolescentes en consultorios externos.

c) Criterios de Inclusión y Exclusión Muestral

Los criterios de inclusión muestral tomados en consideración fueron los siguientes:

- Obstetras que brindan atención a adolescentes en consultorio externo que desean participar en el estudio y aceptan dar su consentimiento informado (ver anexo 2).

Y como criterio fundamental de exclusión se estableció cualquier condición personal que dificultara la interacción, comunicación, comprensión y las posibilidades de reflexión e interpretación por parte de los sujetos participantes.

d) Plan de análisis.

Para un mejor análisis de las entrevistas a profundidad se grabaron las respuestas de los(as) obstetras en cintas magnetofónicas para escucharlas hasta familiarizarnos con los discursos. Luego, se procedió a hacer “inscripción” del discurso oral tomando en cuenta las propuestas de Marcone y se ordenó los datos utilizando el programa Atlas Ti (versión 4.1)

Una vez conocida la información recogida, identificamos los núcleos de significado y metáforas que se encontraban en ella, codificando aspectos relevantes para el

análisis; asimismo tomamos en cuenta los datos del cuaderno de campo para ubicarnos en el contexto y recoger la subjetividad que no se puede colocar en la inscripción de los textos orales.

Después de la lectura cuidadosa se procedió a la codificación detallada, que se efectuó de forma deductiva, teniendo como base a los objetivos, las categorías de análisis establecida (etic) e incluyendo códigos que surgieron de acuerdo a las respuestas a la entrevista y que no fueron contemplados en la investigación (emic); luego se trabajó las dimensiones definidas en el estudio, para facilitar la interpretación de las entrevistas.

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó la técnica de entrevistas a profundidad con la finalidad de explorar, obtener información y analizar las representaciones sociales de los actores de la atención en Salud Reproductiva a los adolescentes, salud sexual de los adolescentes sobre sus necesidades; además de cómo se relacionan éstos con la atención recibida y brindada en el establecimiento de salud. Centrándose la información en la construcción de los discursos alrededor de estas representaciones sociales que se manifiestan por parte del proveedor/a del servicio de salud que implementa la atención en salud sexual y reproductiva.

En primer lugar se efectuó una revisión bibliográfica para permitir ordenar la realidad empírica y los hallazgos teóricos, así como las visitas del campo específico a investigar. El espacio donde se realiza la interacción proveedor – adolescente; Lo que permitió la familiarización de la investigadora con estos espacios, con el funcionamiento, horarios de atención, relaciones e interacciones y también diseñar y perfilar las diferentes técnicas de producción de información y análisis.

Luego sobre la base de la familiarización alcanzada, se comenzó a recoger información haciendo uso de la guía de entrevista en profundidad (ver anexo), realizando paulatinamente su análisis e interpretación.

Las áreas pertenecientes a los consultorios externos de atención al adolescente de los Centros de Salud y Hospitales del Cusco constituyeron el ámbito de desarrollo del estudio, garantizando condiciones mínimas para desarrollar el trabajo confidencial; criterios que

fueron definidos en última instancia por los participantes de acuerdo a su disponibilidad y preferencias.

El material resultante fue manejado como un texto colectivo, desde la premisa de que, al hablar de la experiencia subjetiva de la atención se pudo tener acceso al campo imaginario y simbólico, en su estrecha relación con lo social.

3.1. Autorizaciones y consideraciones éticas

Los participantes de ambos sexos, tuvieron la entera libertad para decidir formar parte del estudio.

A ellos se les explicó, durante su reclutamiento, los objetivos del estudio; qué se requiere de sus respuestas y se les dio el derecho de abandonar el estudio en el momento que lo consideraran pertinente.

Los entrevistados -previa aprobación para colaborar con las entrevistas- firmaron unos documentos aceptando las condiciones del estudio.

Antes de iniciar las entrevistas se les entregó el **Consentimiento Informado (Anexo 2)**.

Una vez que aceptaron verbalmente y firmaron su aprobación para participar en el estudio, se concertó el día, hora y lugar de encuentro para la realización de las entrevistas, según las sugerencias del propio participante.

En el **Consentimiento Informado (Anexo 2)**, se expone el propósito del estudio cómo y cuáles son los procedimientos a seguir en la recolección de la información enfatizando que la información proporcionada es de total reserva y confidencialidad. La utilización de una nomenclatura para identificar las entrevistas, contribuyó a garantizar la confidencialidad, pues la verdadera identidad sólo era conocida por la investigadora. Además se hace explícita la importancia de su participación para comprender mejor su punto de vista, a fin de obtener los argumentos necesarios, para ofrecer un servicio de salud de calidad para los adolescentes

La naturaleza del anonimato, respeto y confidencialidad, fueron aspectos relevantes durante toda la investigación.

3.2. Recursos

a) Recursos Humanos.-

Investigador : Mgt. Rosario Isabel Soto Bringas.
Asesora : Dra. Jannet Escobedo Vargas.

b) Recursos Físicos.-

Representados por:

a. Instalaciones ambientales de los consultorios y de los lugares donde se realizaron las entrevistas.

- Cabinas de Internet.
- Bibliotecas especializadas.
- Fotocopiadoras.

c) Recursos Materiales y/o técnicos.-

- Cintas magnetofónicas.
- Grabadoras.
- Equipo de computación HP.
- Guías de entrevista.
- Papel Bond A-4 de 80grs.
- Impresora Xerox 2000.

3.3. Validación de los instrumentos

Los estudios cualitativos buscan identificar, describir y analizar fenómenos sociales en los que se privilegia la perspectiva del sujeto investigado; los instrumentos de recolección se afinan con base en los conceptos y categorías que emergen durante el análisis¹¹⁶.

¹¹⁶ TAYLOR S. J. y R. BOGDAN. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Ed. Paidós, España. 1992 p. 34.

SEGUNDO ANEXO

INSTRUMENTO

ANEXO 2

INSTRUMENTO

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD PARA OBSTETRAS Y OBSTETRICES:

Buenos días soy la Lic. Rosario Soto y estoy realizando una investigación sobre: representaciones sociales que construyen profesionales obstetras sobre la atención a los adolescentes.

Si usted desea puede o no contestar las preguntas.

Se le proporciona consentimiento informado.

1. ¿Dónde trabaja usted?
2. ¿Cuántos años de trabajo tiene UD?
3. ¿Cuál es su edad?
4. ¿Cómo considera usted la adolescencia?
5. ¿Cuáles serían según usted los principales problemas que atraviesan los adolescentes de la ciudad del Cusco? Indagando y profundizando en Problemas, económicos, de salud, educación (si manifiestan otros profundizar en ellos)
6. ¿Conoce ud. Sobre derechos sexuales y reproductivos?
7. ¿Qué piensa usted sobre los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes?
¿Qué habla usted sobre este tema con los adolescentes?
8. ¿Cómo trabaja los derechos sexuales y reproductivos con los adolescentes?
9. ¿Qué piensa usted sobre el inicio de relaciones sexuales de los adolescentes del Cusco?
10. ¿Cuándo se hace la consulta a adolescentes usted conversa con ellos sobre sexualidad, placer, masturbación? ¿Qué conversa? ¿qué piensa usted sobre ello?
11. ¿En la consulta se trabaja sobre la homosexualidad en el grupo adolescente, que temas desarrolla sobre esto?
12. ¿Qué opina usted sobre la homosexualidad?
13. ¿Conversa usted sobre las relaciones sexuales con los adolescentes, sexo oral, anal?
14. ¿Cuál sería tu opinión con respecto al reparto de los métodos anticonceptivos a adolescentes?
15. ¿qué opinión tiene usted sobre la anticoncepción oral de emergencia y su reparto en la atención a los adolescentes?

16. ¿Cómo debería ser el servicio de salud reproductiva que se brinda a los adolescentes del Cusco? ¿Qué características deberían tener estos servicios?
17. ¿Cuáles serían las principales necesidades y expectativas que tienen los adolescentes?
18. ¿Cómo se siente usted cuando trabaja y brinda atención a los adolescentes?
19. ¿Cuáles son las principales causas por la acude el/la adolescente al servicio?
20. ¿Qué opinión tiene usted del aborto?
21. ¿Qué piensas sobre el embarazo en adolescentes?
22. ¿cuáles son los temas que trata en la consejería a adolescentes?
23. ¿Usted preferiría trabajar con otro grupo poblacional?
24. ¿Cuándo usted atiende a adolescentes mujeres y varones hace usted alguna diferencia?
¿Por qué? ¿Cree usted que existen diferencias entre adolescentes varones y mujeres?
25. ¿Qué limitaciones usted observa en la atención en SS y R a adolescentes y por qué?
26. ¿Qué estrategias aplicaría para mejorar el servicio y el acceso a los adolescentes?
27. ¿Si usted tendría oportunidad de tener que dar un mensaje a los adolescentes cuál sería éste?

Despedida: Gracias por el tiempo brindado y por sus respuestas, los resultados de la investigación van a ser socializados con usted y su establecimiento.

TERCER ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

ANEXO 3:**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN:****A. Propósito y Antecedentes:**

La Mgt. Rosario Soto Bringas, alumna del Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad Católica Santa María, se encuentra realizando un estudio de investigación acerca de las representaciones sociales construidas por los/as obstetras de la ciudad del Cusco sobre la atención en Salud Reproductiva prestada a adolescentes, para contribuir en el mejoramiento de la calidad del servicio.

B. Procedimientos:

Si usted acepta participar en el estudio, va a ocurrir lo siguiente:

1. Se le entrevistará en la fecha y hora que usted indique conveniente, utilizando una grabadora pequeña, sin tomar en cuenta sus nombres y apellidos sólo las opiniones que usted nos brinde.
2. En la entrevista se tratarán temas que tienen relación a sus Representaciones sociales construidas por los/as obstetras de la ciudad del Cusco sobre la atención en Salud Reproductiva prestada a adolescentes

C. Riesgos e Incomodidades:

La participación en este estudio podría acarrearle una pérdida de privacidad y tomarle una buena parte de su tiempo. Sin embargo se desarrollará la entrevista en un lugar privado, tranquilo y que brinde confianza, sin interrupciones; la información proporcionada por usted no va a tomar nota de sus nombres ni apellidos y será conocida solo por los investigadores para el procesamiento de la información. Las cintas grabadas serán guardadas en un lugar bajo llave y serán identificadas por números de identificación asignados a cada participante. Si usted se siente incomodo/a puede rehusarse a contestar cualquier pregunta y puede también interrumpir su participación en cualquier momento.

D. Beneficios:

No hay ningún beneficio directo por su participación en el estudio. Sin embargo la información proporcionada por usted va a ser de utilidad para contribuir en mejorar la calidad de los servicios de atención a los adolescentes, ya que luego de terminada la investigación se hará la socialización de la información con los proveedores de salud Reproductiva de la ciudad del Cusco.

E. Alternativas:

Usted tiene la libertad de decidir si participa o no en este estudio.

F. Costos:

No existe ningún costo para usted resultante de tomar parte en este estudio.

G. Preguntas:

Usted ha tenido la oportunidad de conversar con la persona responsable del estudio, que es la que firma abajo, tiene alguna interrogante que no ha sido respondida, si tuviera otras preguntas adicionales que no han sido respondidas, puede comunicarse conmigo a la siguiente dirección Urb. Santa Mónica G-6 Cusco y al teléfono 242319.

H: Consentimiento:

Se le brindará una copia de este consentimiento para que usted pueda guardarlo.

SU PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN ES VOLUNTARIA, usted es libre de declinar su participación en el estudio o de retirarse en cualquier momento.

I: Personas de Contacto para responder preguntas o hacer consultas:

Cualquier pregunta que tenga puede conversar con la persona que firma abajo y todas sus respuestas serán absueltas.

Fecha. Firma Fecha Rosario Soto Bringas.

CUARTO ANEXO

PROPUESTA DE SILABO SEXUALIDAD HUMANA PARA ESTUDIANTES DE PREGRADO

ANEXO 4:

PROPUESTA DESILABO SEXUALIDAD HUMANA PARA ESTUDIANTES DE PREGRADO

I DATOS GENERALES

1.1	Asignatura	:	Sexualidad Humana.
1.2	Código	:	XXXX
1.3	Categoría	:	Obligatoria en Formación Profesional Especializada
1.4	Prerrequisito	:	XXXX
1.5	Semestre	:	XXXX
1.6	Numero de Horas	:	Teoría: Seminario:
1.7	Horario	:	-----
1.8	Docente Responsable	:	-----

II SUMILLA

La asignatura de Sexualidad es vertebral en la formación del estudiante de Obstetricia, tiene como propósito capacitarlo en esta área para que posteriormente contribuya a elevar de la salud de hombres y mujeres: persigue que el alumno conozca Sexualidad, diversidad sexual, salud sexual, atención y promoción en las diferentes etapas del ciclo de vida, Derechos sexuales y reproductivos, Educación sexual.

III COMPETENCIA:

1. Conoce, entiende y acepta la construcción social de la sexualidad durante todo el ciclo vital del ser humano.
2. Tiene una visión integral de la sexualidad en la que las bases biológicas, psicológicas y culturales constituyen dimensiones no separadas sino complementarias.
3. Maneja herramientas necesarias para abordar la sexualidad de las personas identificando el tipo de intervención que requieren según sus necesidades.
4. Ejecuta un papel social en la promoción de la sexualidad, salud sexual y educación sexual.

IV PROGRAMACION:

PRIMERA UNIDAD DE APRENDIZAJE: SEXUALIDAD E HISTORIA DE LA SEXUALIDAD EN OCCIDENTE.

CAPACIDADES

- Conocer y articular los aspectos fundamentales de la historia de la sexualidad en occidente como parte de la construcción de la sexualidad.

CONTENIDO

CONCEPTUAL	PROCEDIMENTAL	ACTITUDINAL
<ul style="list-style-type: none"> - Introducción al curso. - Concepto de Sexualidad. - Proceso civilizatorio. - Historia de la sexualidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Define y aplica concepto Sexualidad. - Aplica el constructo de civilización para explicar la historia y evolución de la sexualidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexiona sobre la sexualidad. - Valora y analiza los aportes realizados durante la evolución del constructo de sexualidad.

EVALUACIÓN

INDICADORES	PROCEDIMIENTOS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce el concepto de sexualidad. - Conoce el proceso histórico de la construcción social de la sexualidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación de la realidad - Participación oral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mapas conceptuales - Cuadros sinópticos - Resúmenes - Preguntas guía.

DURACIÓN: 02 semanas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arpal, Poblador. 1980 la producción histórica del sexo. Modelos sexuales en nuestra cultura.
- Nuevos desafíos de la salud sexual y reproductiva. UPCH, 1996.
- Moreno Jiménez, B 1990. La sexualidad Humana: Estudio y Perspectiva histórica.
- Elias, Norbert 1987. EL proceso de la civilización. Investigaciones socio genéticas y psicogenéticas. México: Fondo de Cultura socio económica.
- Foucault, Michel. 1977 Historia de la Sexualidad. Vol. 1 México. Siglo XXI Editores.
- Weeks, Jeffrey. 1998. Sexualidad. Editorial Paidos, México.
- Crooks, Robert. 2000. Nuestra Sexualidad. 7ª Ed. México.

SEGUNDA UNIDAD DE APRENDIZAJE: CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SEXUALIDAD.

CAPACIDADES:

- Conoce, entiende y aplica los conceptos de género, sexo, identidad de género, sexualidad en el desarrollo de la atención y consejería en salud sexual y reproductiva, como parte de la construcción social de la sexualidad.
- Comprender y utilizar enfoques actuales de la diversidad de expresiones de lo sexual.
- Reconoce y comprende la relevancia del enfoque de género en el desarrollo sostenible.
- Realiza atención en salud reproductiva con enfoque de género.
- Brinda consejería para ejercicio de salud con equidad de género.

CONTENIDOS

CONCEPTUAL	PROCEDIMENTAL	ACTITUDINAL
<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de salud reproductiva, salud sexual. - Concepto sexo y género. - Identidad Sexual. - Identidad de género. - Masculinidad - Feminidad. - Interculturalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Define concepto de sexo y género, Identidad Sexual, de género, diversidad la sexual, Diversidad sexual, Masculinidad ,Feminidad - Discute sobre sexo-género. - Evalúa alcance de los conceptos anteriores. - Elabora mapas conceptuales. - Aplica el enfoque de género en el análisis de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexiona sobre el contenido de sexo-genero promoviendo una actitud ética en el ejercicio de la sexualidad. - Reflexiona la importancia de trabajar con enfoque de género en la atención clínica. - Valora la importancia de aplicar el enfoque de género como herramienta de trabajo en salud.

EVALUACIÓN

INDICADORES	PROCEDIMIENTOS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> - Distingue la diferencia entre sexo-genero. - Examina los Derechos relacionados a la salud reproductiva. - Valora la adecuada interpretación de la masculinidad y feminidad. - Elabora mapas conceptuales y resúmenes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de contenido - Presentación de mapas y resúmenes. - Portafolio del alumno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Portafolio. - Fichas de evaluación.

DURACIÓN: 03 semanas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Género, Mujer y Salud en las Américas OPS. Publicación Científica 541. 193
- Manual de Normas y Procedimientos en Planificación Familiar MINSA 1999 Varios INTERNET.
- Laqueur, Thomas. 1994. La construcción del Sexo: Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Serie Feminismo. Ed. Cátedra. Universitat de Valencia. Instituto de la Mujer. Madrid.
- Programa regional, Mujer, Salud y desarrollo Módulos de Capacitación sobre mujer. Género y Salud OPS 1991.
- Género, Sexo ¿A quien le importa? Módulo de Capacitación en Género y SR. Dirigido adolescentes y personas que trabajan con jóvenes. Diciembre 2001.

PRIMERA EVALUACIÓN ESCRITA.

TERCERA UNIDAD DE APRENDIZAJE: BASES ANATOMICAS, FISIOLÓGICA Y GENÉTICAS DEL SEXO.

CAPACIDADES

- Reconoce y comprende la utilidad de un buen conocimiento de la fisiología y anatomía de los genitales femeninos y masculinos.
- Realiza atención de calidad, respeto y confidencialidad en salud sexual y reproductiva.
- Brinda consejería para ejercicio de salud sexual.

CONTENIDOS:

CONCEPTUAL	PROCEDIMENTAL	ACTITUDINAL
<ul style="list-style-type: none"> - Bases genéticas del sexo. - Anatomía genital masculina y femenina. - Fisiología sexual femenina y masculina. - Hormonas y sexualidad. - Sistema nervioso y sexualidad. - Respuesta sexual: bases fisiológicas. - Salud sexual: Ejercicios de Kegel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Define y aplica conocimientos de anatomía, fisiología del sistema sexual femenino y masculino. - Comprende y analiza la respuesta sexual humana. - Elabora láminas de anatomía y fisiología. - Elabora resúmenes y mapas conceptuales. - Explica como se realiza los ejercicios de Kegel a las usuarias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promueve la difusión las bases biológicas de la sexualidad. - Se sensibiliza e identifica la respuesta sexual como parte de la sexualidad inherente al ser humano. - Valora la necesidad de conservar la salud sexual.

EVALUACIÓN

INDICADORES	PROCEDIMIENTOS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> - Distingue y diferencia la fisiología, anatomía y la respuesta sexual humana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de contenido - Revisión De láminas. - Exposiciones grupales 	<ul style="list-style-type: none"> - Fichas de evolución individual y Grupal.

DURACIÓN: 03 semanas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GARDNER. Anatomía, Edit. Salvat Editores. 3ra. Edición 1980
- LOCKHART HAMILTON . Anatomía Humana. Edic. Interamericana 1ra. Edición México 1972
- L. TESTUT A. LATARJET. Anatomía humana Salvat Editores. Reimpresión 1986.
- Arthur C Guyton Editorial: Elsevier España Nº Edición: 11ª Año: 2006
- Botero, J & Col. Obstetricia y Ginecología. 7ª edición, Colombia. Bogota 2001.
- Crooks, Robert. 2000. Nuestra Sexualidad. 7ª Ed. México.
- ROUVIERE. Anatomía Humana (3 volúmenes) 10 ma. Ed. Masson. 2000

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS DE ANATOMÍA.

- www.vesalius.com
- www.adam.com

- c. www.hipocrates.tripod.com/anatomia.
- d. www.mhe.com/biosci/ap./hollessentials/
- e. www.inerbody.com/htm/body.html
- f. www.mtroyal.ab.ca/programs/academserv
- g. www.biomed.man.ac.uk/ugs/u-bs278.html
- h. www.anatomia.umh.es/cas/
- i. www.medicina.uaml.mx/med/anatomia.html
- j. www.members.tripod.com/masprogramas/arte-ciencia.html

CUARTA UNIDAD DE APRENDIZAJE: LA DIVERSIDAD DE LAS EXPRESIONES DE LO SEXUAL.

CAPACIDADES

- Comprender y utilizar enfoques actuales acerca de la diversidad de expresiones de lo sexual.

CONTENIDOS

CONCEPTUAL	PROCEDIMENTAL	ACTITUDINAL
<ul style="list-style-type: none"> - La diversidad de las expresiones de lo sexual - Diversidad sexual. - Moral sexual y políticas sexuales. - Homosexualidades. - Heterosexualidades. - Sexo, arte y pornografía, erotismo. - Sexo compensado (prostitución). 	<ul style="list-style-type: none"> - Distingue las diferentes construcciones sexuales de las expresiones de la opción sexual. - Realiza lectura crítica y resuelve ficha. - Hace búsqueda bibliográfica y fichaje del tema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestiona las diferencias de género en la colectividad y, promueve la prevención de la violencia

EVALUACIÓN

INDICADORES	PROCEDIMIENTOS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> - Establece conceptos de moral, políticas sexuales. - Analiza los construcciones sociales de homosexualidades, heterosexualidades. - Analiza y distingue las diferencias entre arte, pornografía y erotismo. - Analiza la problemática social del sexo compensado en la región y a nivel nacional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mapas conceptuales. - Exposiciones. - Lectura crítica. - Control de lectura Orales. - Fichas bibliográficas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fichas de evaluación. - Fichas de control de lectura. - Ficha de evaluación grupal.

DURACIÓN: 03 semanas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Versan, Leo. 1998. Homos. Buenos Aires: Manantial
- Foucault, M. 1985. Opción sexual y actos sexuales. /entrevista realizada por James O'Higgins. En Homosexualidad, literatura y Política. Madrid.
- Rubin, Gayle Reflexionando sobre sexo. Perez Aguirre, 1993, La iglesia increíble. Ediciones TRilce. Montevideo, Uruguay.
- Nence, L. 2000. Mujeres que se prostituyen. Género identidad y pobreza. Lima. Centro de la Mujer Flora Tristán. Lima.

SEGUNDA EVALUACIÓN

QUINTA UNIDAD DE APRENDIZAJE: SEXUALIDAD Y COTIDIANIDAD EN EL CICLO DE VIDA.

CAPACIDADES

- Conocer y utilizar perspectivas actuales acerca de la intimidad y las relaciones afectivas durante el ciclo de vida.
- Autoanalizar su sexualidad en relación al ciclo de vida.

CONTENIDOS

CONCEPTUAL	PROCEDIMENTAL	ACTITUDINAL
<ul style="list-style-type: none"> - La sexualidad en el ciclo de vida. - La transformación de la intimidad. - Sexualidad cotidianeidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elabora diferencias de la sexualidad en el ciclo de vida. - Analiza, realiza resúmenes y mapas conceptuales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valora y se sensibiliza en la diversidad de la sexualidad humana y su conexión con la salud reproductiva.

EVALUACIÓN

INDICADORES	PROCEDIMIENTOS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> - Identifica las características de la sexualidad en el ciclo de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de contenido - Control de lectura. - Debate grupal - Orales 	<ul style="list-style-type: none"> - Fichas de evaluación.

DURACIÓN: 02 semana

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Conociendo tu Sexualidad Editorial Océano. 1999.
- Nuestra Sexualidad. Robert Crooks. K. Baur. Editores Internacional Thomson. España 2000.
- Guidens. Anthony. La transformación de la intimidad: Sexualidad, amor, erotismo en las sociedades modernas. Ediciones Cátedra. Madrid. 1995.
- Dixon Mueller. Las conexiones entre sexualidad y Salud Reproductiva. En aprendiendo sobre sexualidad. Una manera práctica de comenzar: Sondra Zeidenstein y Kirsteen Moore. Editores Population Council 1999. Producido en español por ICMER. Chile.
- Garcia, Gabriel. El amor en los tiempos del Cólera.

SEXTA UNIDAD DE APRENDIZAJE: CAPACITACION EN EDUCACION SEXUAL Y SALUD SEXUAL.

CAPACIDADES

- Distinguir aspectos fundamentales de la orientación, motivación, información y educación.
- Manejar la capacitación en salud sexual con destreza demostrando capacidad y valores.

CONTENIDOS

CONCEPTUAL	PROCEDIMENTAL	ACTITUDINAL
<ul style="list-style-type: none"> - Características y cualidades del orientador. - Técnicas esenciales de la entrevista de orientación. - Formas inadecuadas de responder en una entrevista. - Temas a desarrollar en la consejería. - Capacitación y aprendizaje. - Perfil del capacitador. - Técnicas diversas a usar. - Evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrolla capacidades para ejercer consejería en salud sexual. - Analiza las diferentes técnicas de capacitación y elabora portafolio de técnicas. - Desarrolla diferentes técnicas de evaluación. - Desarrolla plan de capacitación, 	<ul style="list-style-type: none"> - Promueve la capacitación en salud sexual en la comunidad - Valora aspectos de confidencialidad y adecuada consejería.

EVALUACIÓN

INDICADORES	PROCEDIMIENTOS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> - Sintetiza características básicas, recomendaciones para capacitar en salud sexual. - Resuelve problemas caso planteados sobre capacitación en salud sexual. - Realiza adecuada Consejería. 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de contenido. - Juego de roles. - Orales. - Elaboración de mapas conceptuales. - Plan de capacitación desarrollado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ficha de presentación de Mapa conceptual. - Preguntas de intervención oral.

DURACIÓN: 02 semanas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- IPPF/RHO. Guía para capacitadores en Salud Sexual. 1992. Washington.
- IPPF/RHO. Guía para capacitadores en Salud Sexual. 1992. Washington.
- ROMERO S., Leonardo (2000)"La Educación sexual como un derecho", Pronunciamiento a favor de la Educación Sexual, Centro de Asesoría y Consultoría, Barranquilla – Colombia.
- ROMERO S., Leonardo (1999). "Elementos de sexualidad y educación sexual", Centro de Asesoría y Consultoría, Barranquilla – Colombia.

- Cáceres, C. (1998a). Salud sexual en una ciudad joven: un programa comunitario en salud sexual con y para los jóvenes. Lima: UPCH y REDESS JÓVENES.
- FOCUS on Young Adults (1998). Manual de capacitación para facilitadores. Mejorando habilidades y destrezas de comunicación interpersonal para la orientación a adolescentes en salud sexual y reproductiva. Lima: FOCUS on Young Adults.

Direcciones de Internet

1. www.edusexual.org

TERCER EXAMEN ESCRITO

V. SEMINARIOS:

- Personajes que contribuyeron a desarrollar los temas de Sexualidad: A. Kinsey, S. Freud, Master y Jhonson, J. Weeks, M. Foucoult, Norbert Elias.
- Servicios amigables para adolescentes.
- Sexualidad oriental: Tantra y Tao.
- Derechos: sexuales y reproductivos.
- Advocacy en salud sexual.
- Normas Técnicas del MINSA: en Consejería, Salud Sexual y Reproductiva.

VI. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

1. Sexualidad en el mundo andino.
2. inicio sexual de los adolescentes.
3. Historia de la sexualidad.

VII. EVALUACIÓN

Evaluación de entrada: Test de conocimientos previos, sin valor para la nota final.
Evaluación de proceso 3 exámenes escritos y evaluación permanente: intervenciones orales, lecturas.
Aplicación de la teoría: Trabajos de aplicación
Realización de Seminarios

Al finalizar el curso la nota teórica equivale a un 60%, seminarios y/o intervenciones orales 20%. El trabajo de investigación equivale a un 20%. El alumno aprobará con un promedio de 13.5 o más.

ASISTENCIA OBLIGATORIA. Se considerará 90% de asistencia, si no el alumno no tiene derecho a evaluación de proceso y final.

QUINTO ANEXO

**PERFIL DE PROPUESTA DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN ATENCION INTEGRAL DE
LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL
ADOLESCENTE**

ANEXO 5:**PERFIL DE PROPUESTA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ATENCION INTEGRAL DE
LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE****PRESENTACION**

Según el IX Censo Nacional de Población realizado en 1993 la población de adolescentes asciende a 5'027,141 que corresponde al 22.2% de la población total, aproximadamente la quinta parte de nuestra población, se trata de una población importante por la problemática que presenta, con altas tasas de embarazo, mortalidad materna, altos porcentajes de abortos en condiciones de alto riesgo, menor acceso a servicios de salud reproductiva y alta incidencia en ETS y VIH, etc.

Las cifras evidencian los altos porcentajes de adolescentes con escaso acceso a servicios de atención, orientación y consejería en salud sexual y reproductiva dirigidos a ellos y la falta de políticas orientadas a cubrir sus necesidades, lo que constituye un factor de riesgo para la su salud sexual y reproductiva.

Por lo que se hace necesaria la realización de la Segunda Especialidad en Atención Integral de la Salud Sexual Y Reproductiva Del Adolescente, que preparará a los profesionales de OBSTETRICIA con una visión para la transformación y restauración de un servicio de salud con calidez, impacto y calidad. Así mismo, permite la interacción del conocimiento y la experiencia con un enfoque holístico del desarrollo SEXUAL DEL ADOLESCENTE en sus diferentes etapas de vida; formando integralmente al profesional en el área de la atención de salud integral y diferenciada al adolescente.

COMPETENCIAS**General**

- Dotar a los profesionales de OBSTETRICIA de las competencias necesarias para realizar con eficiencia la investigación, gestión y ejecución de programas DE EDUCACION, INFORMACION Y COMUNICACIÓN, en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS/LAS ADOLESCENTES.

Específicas

- Desarrollar cualidades que permitan al profesional neutralizar las barreras generacionales que se presentan durante la atención.
- Consolidar una sólida formación teórico-práctica, integrando en ella los fundamentos del cuidado de la Salud Sexual y Reproductiva de el/la adolescente.
- Dotar de actitudes y aptitudes competentes y creativas en los procesos de gestión, Calidad en la atención integral del adolescente.
- Formar al profesional en sexualidad humana, género y aspectos sociales relacionados a la sexualidad.
- Elaborar planes, proyectos y políticas de intervención real de los problemas relacionados con la Salud Sexual y reproductiva del Adolescente, proponer alternativas de solución a partir de un diagnóstico real basado en las experiencias compartidas.
- Fomentar el compromiso del obstetra con el desarrollo comunitario y social de nuestra región.

- Desarrollar habilidades que permitan a los/as profesionales establecer con el/la adolescente un trato empático y de respeto.

Dirigido a:

Licenciados en Obstetricia que tengan interés y deseo de especializarse en el tema.

Perfil del Postulante:

Debe contar con los siguientes requisitos:

- Estar sensibilizado para trabajar con grupos de adolescentes.
- Poseer compromiso, creatividad y capacidad de dar propuestas a los problemas referentes a la salud sexual y reproductiva del adolescente.
- Tener disposición para trabajar en equipo y aceptar las distintas posiciones y enfoques en un determinado problema.
- Ejecutar acciones orientadas al cuidado de la salud sexual y reproductiva del adolescente.
- Poseer compromiso social e interés en difundir, promocionar estilos de vida saludables de los adolescentes en su entorno familiar y en la comunidad.

Metodología:

La metodología de la especialización esta concebida para facilitar en forma dinámica y creativa el proceso de enseñanza - aprendizaje basándose en las siguientes características:

Desarrollo de actividades académicas: clases magistrales, conferencias, talleres, juegos de roles, utilización de medios audiovisuales.

Las tutorías se realizarán bajo un sistema de seguimiento académico, en el que se le orientará al estudiante para un desempeño eficiente a lo largo de la especialización.

Se diseñara un proyecto de intervención en relación al contenido temático de la especialidad. Este es un requisito indispensable para la obtención del Diploma.

Recursos Académicos

Se contará con una Plana Docente de alto grado académico y con amplia experiencia en la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva del adolescente a fin de alcanzar un óptimo resultado en el proceso enseñanza-aprendizaje.

Áreas de formación

La Segunda Especialidad ha sido elaborado en base a áreas de formación que articulan cursos organizados secuencialmente, los que responden a ejes problemáticos y temáticos, que se orientan al logro de los objetivos presentados anteriormente:

a. Área teórico-conceptual

Integra los fundamentos conceptuales del desarrollo sexual y reproductivo del adolescente, desde las dimensiones: sociocultural, psicológico y biológico para que

ayuden al estudiante en la comprensión del individuo desde un enfoque holístico de género y de derechos.

b. Área técnica-profesional

Orienta hacia el manejo óptimo de los problemas propios del adolescente, necesario para el correcto desenvolvimiento profesional, de modo que el estudiante de la Segunda Especialidad sea capaz de desempeñarse eficaz y eficientemente en los distintos contextos socioculturales en los que labora.

c. Área Social

Se busca la comprensión integral del ser humano, en sus aspectos psicológicos, biológicos, culturales, religiosos y sociales, desde la comprensión de la propia sexualidad del profesional, así mismo diseñar una intervención preventiva en el contexto familiar y comunitario.

d. Área de atención integral alpicada

Brinda las herramientas, tanto teóricas como prácticas enfocando desde el punto de vista holístico problemas relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva del adolescente, que nos permita abordar este tema en forma oportuna, eficiente, eficazmente y respetando los derechos sexuales y reproductivos.

PLAN DE ESTUDIOS

I SEMESTRE	CREDITAJE
1. Dinámica Poblacional, situación social del adolescente.	03
2. Comunicación interpersonal, habilidades y destrezas.	03
3. Metodología educativa.	03
4. Servicios amigables para adolescentes. Experiencias exitosas.	03
5. Aspectos biológicos del adolescente (de 10 a 19 años).	04
6. Metodología de la Investigación en Salud.	04
7. Nutrición y alimentación del adolescente. Problemas relacionados con la malnutrición.	03
II SEMESTRE	
1. Psicología del desarrollo del adolescente	03
2. Desarrollo, ética y responsabilidad social. Plan de intervención: Diagnóstico de las necesidades de atención de los adolescentes en sexualidad y reproducción.	03
3. Sexualidad Humana.	04
4. Derechos sexuales y reproductivos.	03
5. Género e interculturalidad.	03
6. Consejería en salud sexual y reproductiva.	03
7. Elaboración de Proyectos de intervención y Planificación Estratégica.	04

TALLERES:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Violencia Intrafamiliar. 2. Drogadicción, alcoholismo y adolescencia 3. Normas de atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes. 4. Leyes que amparan a los adolescentes, tratados y convenciones. 5. Talleres de padres y adolescentes. 	
TOTAL	36

Duración y Valor Académico

El Diploma de Segunda Especialidad tendrá una duración de cuatro (2) semestres académicos que consta de 470 horas equivalente a 36 créditos distribuidos de la siguiente manera:

Horas teóricas		420
Horas de taller	10 hrs. c/u	50
TOTAL DE HORAS		470 Hrs.

Certificación

Los profesionales que concluyan satisfactoriamente recibirán el Diploma de Segunda Especialidad de Salud sexual y Reproductiva del Adolescente e inscrito en los registros de la Universidad.

Requisitos:

Presentar solicitud de postulante, adjuntando los siguientes documentos:

Copia del Título de Licenciado en Obstetricia
Currículo Vitae referencial, nombrado.
Recibo de pago correspondiente.
Copia de D.N.I.
Tres fotos recientes tamaño pasaporte (fondo blanco).

Inversión

- Derecho de inscripción y matrícula: (única vez)
- 12 mensualidades.

Cronogramación:

Inscripciones:
Entrevista:
Inicio de clases.
Finalización de clases:

SEXTO ANEXO

PROYECTO DE IMPLEMETACION DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

**ANEXO 6:
PROYECTO DE IMPLEMETACION DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL
ADOLESCENTE.**

HOJA DE RESUMEN

TITULO DEL PROYECTO

Implementación del Centro de Atención Integral del Adolescente “Juventud por el Desarrollo”

LOCALIZACIÓN

País	: Perú
Departamento	: Cusco
Provincia	: Cusco
Distrito	: Cusco
Institución	: XXXXX
Dirección	: XXXXX
Teléfono / Fax	: XXXXX
E mail	: XXXXX
Nombre del representante	: Mgt. Rosario I. Soto Bringas.

DURACIÓN DEL PROYECTO

Inicio	: 2008
Culminación	: 2010

APORTE SOLICITADO : XXXXX

CONTRAPARTE : XXXXX

COSTO TOTAL : XXXXX

RESUMEN:

La institución “xxx” el Departamento del Cusco trabaja las áreas de, violencia, salud sexual y reproductiva, desarrollo adolescente y juvenil en el marco del desarrollo humano y la equidad de género.

El objetivo del proyecto “Juventud por el desarrollo” está orientado a contribuir a mejorar la calidad de vida de los y las adolescentes en la ciudad del Cusco, promoviendo el acceso y uso de servicios diferenciados en salud sexual y reproductiva, desde la perspectiva de género y derechos humanos.

La característica más importante que tiene nuestro programa es la de trabajar concertadamente con instituciones, públicas, privadas y agencias cooperantes.

I. JUSTIFICACION:

El centro de Atención Integral del Adolescente de la ciudad del Cusco “**Juventud por el Desarrollo**” es un área de trabajo de la Institución “XXXXX”, que brinda servicios diferenciados de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes única en la región, cuya misión es *“Brindar servicios preventivo promocionales en salud sexual y reproductiva a las y los adolescentes del Cusco con criterios de equidad e integralidad, con personal altamente capacitado y sensibilizado para propiciar el desarrollo de estilos de vida saludables”*

Entre las fortalezas de nuestra institución, está el equipo de trabajo multidisciplinario, con grados de Magíster y diplomados en Género, Salud Sexual y del Adolescente; su infraestructura propia y con implementación adecuada que garantizan el cumplimiento de nuestra Misión.

A la fecha, formamos parte de las mesas de trabajo de la lucha contra todas las formas de discriminación de la mujer, disminución de la pobreza y de la vigilancia de la mortalidad materna en la región.

La realidad regional refleja la misma problemática de los y las adolescentes a nivel nacional, entre la que podemos mencionar que la población joven representa el 22.5% de la población total de nuestra región; de los cuales el 50.4% son varones y el 49.6% mujeres. El 54.1% de esta población vive en zonas rurales. Existiendo un alto porcentaje de hogares considerados como pobres y de extrema pobreza, muchos de los adolescentes habitan en viviendas con piso de tierra, carecen de servicios básicos y tienen menores oportunidades de desarrollo.

Durante las últimas décadas a nivel nacional ha aumentado considerablemente el acceso a la educación secundaria (45%) y primaria completa (73%), pero existen marcadas diferencias entre adolescentes de zonas urbana y rural, y sobretodo en las mujeres.

Se calcula que el desempleo juvenil varía desde 36 a 66% y alrededor de 15 mil adolescentes realizan actividades de alta peligrosidad (en minas, canteras de piedra, botadores de basura y talleres pirotécnicos, vendedores ambulantes, entre otros). Por otro lado, el incremento de la violencia y el abuso sexual es también preocupante en nuestro medio, la violencia criminal en un estudio de APOYO de 1999 encontró que los agresores son principalmente jóvenes de entre 16 a 25 años, perteneciendo también las víctimas a este grupo de edad.

Según datos del MINSA la primera causa de mortalidad en este grupo son los accidentes (traumatismos quemaduras y envenenamientos), siendo los varones de 15 a 19 años más susceptibles que las mujeres. En el caso de las mujeres la mortalidad esta asociada al embarazo, parto, puerperio y representa el 15% de la mortalidad total. Las principales causas de morbilidad en esta población son los accidentes, las afecciones ligadas al proceso reproductivo, enfermedades parasitarias y problemas nutricionales. Aún cuando no se tienen estadísticas oficiales, los trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión profunda pueden llevar a comportamientos suicidas en las y los adolescentes.

Asimismo, en aspectos de salud sexual y reproductiva se observa que la edad de inicio de las relaciones sexuales, según ENDES 2000, es de 18 años para varones y 17 para mujeres, existiendo diferencias según el área de residencia. La tasa específica de fecundidad por edad es de 66 nacimientos por mil mujeres; en el grupo de 15 a 19 años, el

13% ya son madres, de ellas una de cada 5 han tenido de 2 a 4 embarazos antes de cumplir los 20 años, existiendo una relación con el incremento de incidencia de las ETS y VIH/SIDA

Sobre los conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en el grupo de 15 a 19 años el 94% reporta conocer algún método y sobre el uso de estos, el 7.5% manifiesta usar cualquier método, de los cuales el 4.7% usa métodos modernos (inyectables y condón) y el 3.9% métodos tradicionales. En nuestra región la necesidad de servicios de planificación familiar es de 82%.

Lo expuesto anteriormente muestra que existe una problemática particular y especial en las y los adolescentes, la misma que es condicionada por factores económicos, sociales, educativos y culturales, que los expone a sufrir daños irreparables y permanentes. Esta situación de vulnerabilidad, especialmente de las prácticas sexuales, puede ser transformada en conductas favorables siempre y cuando se adopten nuevos paradigmas que incorporen a las y los adolescentes como sujetos de derechos, con potencialidades y capacidades para la toma de decisiones con autonomía y adoptar medidas efectivas que garanticen el acceso a recursos, educación y salud, para lo cual es indispensable mejorar su educación sexual, preparándolos para el ejercicio responsable y seguro de su sexualidad, así como desarrollar acciones para promocionar los derechos sexuales y reproductivos, disminuir la frecuencia de embarazos no deseados, abortos practicados en situaciones inseguras, incidencia de ITS/VIH SIDA, así como la violencia y el abuso sexual en todas sus formas.

Por ello, es sumamente urgente diseñar y ofertar servicios integrales y equitativos, con estrategias diferenciadas para atender las necesidades tanto de varones como de mujeres, respetando sus diversidades y particularidades, y fomentando el ejercicio de los derechos ciudadanos, especialmente los derechos sexuales y reproductivos.

Teniendo como marco de referencia los avances logrados en las conferencias del Cairo y Beijing, que han sido ratificadas por el estado Peruano y que enfatizan la necesidad de realizar un programa de acción para el desarrollo humano de las y los jóvenes con perspectiva de género.

II. OBJETIVOS:

FIN

Contribuir a mejorar la calidad de vida de las y los adolescentes de la ciudad del Cusco

PROPÓSITO

Las y los adolescentes de la ciudad del Cusco acceden y usan los servicios de Salud Reproductiva.

RESULTADOS

1. El centro de atención de las y los adolescentes brinda servicios con criterio de equidad de género.
2. Personal capacitado aplica el enfoque de género durante la atención
3. Los adolescentes reconocen, demandan y promueven los servicios de atención de salud sexual y reproductiva.

III. LINEAS DE ACCION

3.1. GESTION

Para llegar a ser un modelo confiable de servicios coordinados e integrales, la institución debe disponer de enlaces institucionales para establecer mecanismos para compartir recursos. Entre esos mecanismos se destaca compartir personal, recursos financieros e información disponible; y el acuerdo de proveer servicios adecuados a los usuarios referidos. Otro aspecto importante para el logro de los objetivos es la implementación de servicios que garanticen el acceso y que respondan a las necesidades diferenciadas por género, étnia, cultura y religión.

Actividades que se propone realizar:

- Reunión de coordinación intrainstitucional (director de la institución y equipo de gestión), sobre la implementación del Centro de atención.
- Concertación de mesas de trabajo con los representantes de los diversos sectores locales públicos y privados: MINSA, MINED, DEMUNA, Municipio, PROMUDEH, CTAR, ONGs y Colegios Profesionales para la conformación de la red de soporte para el trabajo con adolescentes.
- Convocatoria a una conferencia de prensa a todos los medios de comunicación local, para la difusión y promoción respectiva del proyecto.
- Elaboración de herramientas para el control financiero, de producción, gerencial y de calidad.
- Realización de actividades de supervisión, monitoreo y evaluación de las actividades programadas intrainstitucional.

3.2. FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES:

Teniendo la necesidad de brindar una atención con enfoque de género y calidad, es indispensable contar con personal competente y con aptitud para establecer relaciones de confianza y respeto con los jóvenes y sus familias, en la capacidad de rebotar las limitaciones profesionales de su especialización en el tratamiento de las necesidades del usuario, y en su capacidad de trabajo con el sistema, cualquiera que sea su tipo o nivel de formación profesional. La preparación debe tener en cuenta también, las preocupaciones del personal con experiencia en ambientes de servicios no integrados; inquietudes tales como la “invasión de territorio”; orientación y jerga profesional para lograr el cumplimiento efectivo de los objetivos del nuevo enfoque. Todas aquellas cuestiones relativas al joven y a la familia con que el personal no esté acostumbrado a lidiar.

Otro aspecto importante es la formación de líderes juveniles, en quienes se desarrollará su potencialidad para su interacción con pares.

Actividades que se realizaran:

- Elaboración de módulos de capacitación con los temas de género, derechos sexuales y reproductivos, consejería, salud sexual, salud reproductiva, dirigidos a profesionales y no profesionales del establecimiento y para los líderes juveniles.
- Realización de cuatro talleres al año de capacitación con los temas señalados anteriormente, dirigido a profesionales, no profesionales y líderes.

3.3 MERCADEO E IMAGEN INSTITUCIONAL:

Consideramos esta línea de acción importante para la recolección de información del crecimiento de la demanda y utilización de los servicios, de adecuación de los costos y rentabilidad de los mismos para una toma de decisiones oportuna y para la promoción y difusión de nuestro servicio con la finalidad de lograr un óptimo posicionamiento en la población.

Actividades a desarrollar:

- Diagnostico previo de conocimientos actitudes y practicas (CAP), para el diseño del material de acuerdo a la realidad local, lo cual nos garantizara que estos materiales lleguen con los mensajes adecuados a la población.
- Elaboración del material de acuerdo a los medios de comunicación, que más prefiere la población.
- Validación del material de mercadeo
- Reproducción y distribución de material elaborado.

3.4 INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

Es importante contar con información actualizada sobre la problemática específica de los y las adolescentes de la región que permita la implementación de servicios que respondan oportunamente a sus expectativas y que permitan diseñar nuevas estrategias y servicios que impulsen el desarrollo institucional.

Actividades a desarrollar

- Concurso de investigación en salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y premiación del mismo.
- Publicación de la investigación innovadora.

IV. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

INDICADORES DE PROPOSITO

Indicador de acceso y uso de los servicios de salud

- Número de adolescentes varones y mujeres atendidos en los servicios de salud sexual y reproductiva al término del segundo año.
(FV: Hojas de producción de servicios)
- Número de adolescentes varones y mujeres que continúan haciendo uso de los servicios, como mínimo dos veces al año.
(FV: Hojas de producción de servicios)

INDICADORES DE RESULTADOS

4.2. Indicador de atención de necesidades de adolescentes varones y mujeres

- Número de adolescentes varones y mujeres que manifiestan satisfacción de sus necesidades por la institución.
(FV: encuesta de usuario)
- Número de adolescentes con vida sexual activa que acceden y usan métodos de planificación familiar
(FV: Hojas de producción de servicios de planificación familiar)

Indicador para personal capacitado que aplica el enfoque de género

- Número de las personas capacitadas que aplican el enfoque de género en la ejecución de sus actividades diarias.
(FV: encuesta al personal, hoja de chequeo de actividades y observación directa)

Indicador para el reconocimiento, demanda y promoción del servicio.

- Número de adolescentes varones y mujeres que califican al servicio como bueno, confiable y oportuno.
(FV: encuesta de usuario)
- Número de adolescentes varones y mujeres que identifican el servicio.
(FV: encuesta de usuario)
- Número de adolescentes varones y mujeres que acudieron a la institución invitados por pares.
(FV: encuesta de usuario)

INDICADORES DE ACCIONES

Indicadores para el resultado 1:

- Número de mesas de trabajo constituidas al primer año de iniciado el proyecto.
(FV: libro de actas)
- Número de reuniones por mesa de trabajo por mesa constituida, durante el primer año de iniciado el proyecto.
(FV: libro de actas)
- Número de organizaciones que participan en las mesas de trabajo durante el primer año de iniciado el proyecto
(FV: hojas de asistencia)
- Servicio operativo a los tres meses de iniciado el proyecto
(FV: Hojas chequeo de servicios)
- Número de planes integrales, elaborados a partir del primer mes de operativizado el servicio.
(FV: documento)
- Número de actividades de monitoreo y supervisión al año.
(FV: informe de evaluación y monitoreo)

Indicadores para el resultado 2:

- Número de talleres realizados con personal de salud.
(FV: informe de taller)
- Número de participantes en cada taller.
(FV: hojas de asistencia)
- Comité de mejoramiento continuo instalado a los 6 meses de instalado el proyecto.
(FV: libro de actas)
- Número de reuniones programadas cumplidas por el comité.
(FV: libro de actas)
- Número de asistentes a cada reunión.
(FV: Hojas de asistencia)

Indicadores para el resultado 3:

- Número de líderes varones y mujeres capacitados.
(FV: informe de capacitación)
- Número de capacitaciones recibidas por líder.
(FV: Hojas de asistencia)

- Número de líderes que ejecutan actividades con pares al término de cada año.
(FV: informe de líderes)
- Plan de mercadeo e imagen institucional a partir del primer mes de instalado el servicio.
(FV: documento)
- Número de actividades cumplidas de acuerdo al plan.
(FV: Hojas de registro)

V. CONDICIONES CRÍTICAS

La existencia de un marco jurídico internacional y nacional, que enfatiza la necesidad del trabajo en salud sexual y reproductiva de los adolescentes aunado a la voluntad política de un conjunto de instituciones para asumir compromisos para la implementación de servicios que respondan a los intereses de los adolescentes que están dispuestos a usarlos.

Así mismo estos servicios se verán favorecidos con la existencia de tecnología especializada y personal competente en salud del adolescente con enfoque de género.

VI. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

LINEAS DE ACCION	1ER AÑO				2DO Año			
	1er trimestre	2do trimestre	3er trimestre	4to trimestre	1er trimestre	2do trimestre	3er trimestre	4to trimestre
GESTION								
Reunión de coordinación intrainstitucional	X							
Constitución de mesas de trabajo	X							
FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES								
Elaboración de módulos de capacitación		X						
Realización de Talleres de capacitación		X	X	X	X	X	X	
MERCADEO E IMAGEN INSTITUCIONAL								
Diagnostico de CAP	X							
Elaboración de materiales			X					
Validación de materiales			X					
Reproducción de materiales				X	X	X	X	
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO								
Concurso de Investigación					X			
Publicación de Investigación							X	